


# 診 断 書

住所	三原市
氏名	
生年月日	年 月 日
診断名	
治療内容	1 : 入院 2 : 通院 ( 週 / 月 回 ・ 時間程度 ) 3 : 自宅療養
治療期間	年 月 日 から 年 月 日 見込 ・ 未定
診断に対する所見	
児童の保育に対する所見 (該当する項目に○を付けてください)	1 : 上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状態である。 2 : 上記の者は、児童の日常的な保育が困難な状態である。 3 : 上記の者は、児童の日常的な保育が部分的に困難な状態である。
備考	

株式会社ワタナベミュージックラボ あて  上記のとおり、診断します。  年 月 日  <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">           医療機関名             所在地             医師名         </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div>
--

※本書類に関する費用等の負担は請求者（患者）です。

※この書類は、株式会社ワタナベミュージックラボが運営する放課後児童クラブ「I Love Kids」の入会事務のため使用するものです。「I Love Kids」は三原市第1号の民間の放課後児童クラブです。