

様式第4号（第3条関係）

入院等証明書

| | | | | |
|---------------------|---------------------|------------|----------|----|
| 児童名 | | 学校名・学年 | 能勢ささゆり学園 | 年生 |
| 病気の家族名 | | 児童と の続柄 | | |
| 病名 または 症状名 | | | | |
| 看護の必要 の度合 | | | | |
| 入院等の期間 | 入院： 月 日～ 月 日、通院：週 回 | | | |
| その他特記事項 | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | |
| 年 月 日 | | | | |
| 医師 住所 _____ | | | | |
| 氏 名 _____ (印) | | | | |
| 電 話 _____ | | | | |