

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 _____				