

通院・入院証明書

1 この「通院・入院証明書」は、保育園等入園の審査等のための重要な書類です。事実のとおりにご記入ください。

2 訂正には必ず証明者の印鑑が必要です。訂正印のない訂正がある場合には無効となります。
【修正用品(例:修正液等)使用不可】

3 内容が事実と異なる場合は入園を取り消すことがあります。記載に不備がある場合は、選考上、不利になる場合があります。

4 電話や訪問により実態を調査することがありますので、あらかじめご了承ください。

5 これらの内容に変更が生じた場合は、必ず市役所に申し出てください。

問合せ先：伊万里市役所 子育て支援課 保育係 電話 0955-23-2174

住 所	伊万里市
氏 名	
生年月日	年 月 日
病 名	
治療期間 (今後の予定 も含む)	入院 年 月 日 ～ 年 月 日 または 未定
	通院 年 月 日 ～ 年 月 日 または 未定 (週平均 回通院)
	自宅療養 年 月 日 ～ 年 月 日 または 未定

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

医師名 印

伊万里市長
伊万里市福祉事務所長 様

※保護者記入欄

施設名

児童名 (年 月 日生)