

入院等証明書

| | | | |
|--|----------------------|--------|--------|
| 児童名 | | 学校名・学年 | 小学校 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 | | | |
| <p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医 師 住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">電 話 _____</p> | | | |