

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				
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 _____ 電 話 _____				