

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 _____			