

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 氏 名 電 話 住 所 _____ _____ _____ _____ ⑩				