

# 通 院 （ 入 院 ） 証 明 書

通院(入院)者	氏名					
	住所					
病名・負傷名						
通院(入院)の 状	通院期間	年	月	日	通院開始	
		年	月	日	通院終了(完治)予定	
	通院頻度	週	回程度	または	月	回程度
	入院期間	年	月	日	入院	
		年	月	日	退院予定	
通院の場合 日常生活の 概況	<input type="checkbox"/> 症状が非常に重く、一日の大部分をベッド上で過ごさなければならない。 <input type="checkbox"/> 病状、服薬等の影響で仕事などを中断し、療養する必要がある。 <input type="checkbox"/> 病状が軽易であり、日常生活には特に支障はない。					
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。

那珂川町長 様

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関所在 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

※ この証明書は、認定こども園等の入園申込及び継続利用確認のために使用するものです。

※ この様式は、那珂川町のホームページに掲載(EXCEL・PDF形式)されていますので、  
ご活用ください。 ⇒ <http://www.town.tochigi-nakagawa.lg.jp/index.html>

那珂川町子育て支援課子育て支援係 0287-92-1115