

檀原市長 宛

氏名：

- ・ 証明の内容に虚偽があった場合、保育施設の入所（内定）を取り消し、市が支給した保育費用の返還を求める場合があります。
- ・ 利用調整の上で入所を内定しますので、この証明書の添付により入所が確約されるものではありません。

症名	
症状 （所見）	<疾病・負傷により児童の保育が困難な点をご記入ください>
治療期間	☐ 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで ☐ 未定（理由： _____ ）
（あて先） 榎原市長 _____ 令和 年 月 日 上記のとおり相違ないことを証明します。 医療機関所在地 医療機関名 医師名 	