|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 保育施設名 |  |
| **看　護　証　明　書**(保育施設用) |
| （ふりがな） |  |  |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日生　 |
| 児童氏名 |  |  |  |
| 上記児童の保護者の看護状況は次のとおりです。 |
| 保護者印 | （ふりがな） |  |  |  | 生年月日 | 年　　月　　日生  |
| 氏 　名 |  | （自署の場合は押印不要） |  |
| 住 　所 |  |
| 病人の氏名 |  | 住　所 |  |
| 保護者との続柄 |  | 病　名 |  |
| 看護の具体的状況 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  | ・　通院　　週・月　に　　　　回程度　　・　入院　　　　年　月　日から　　か月間 |  |
|  | ・１日当たりの看護時間　　　　 時間　　・１か月当たりの看護日数　　　　日 |  |
| 民生委員等の意見 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  　上記事項は事実に相違ないことを証明します。 |
| 　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
|  |  | 民生委印員等 | 住所 |  |  |
|  |  | 氏名 |  |  |
|  |