|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | |  | | | | 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 | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |