

施設名		入所児童名	
-----	--	-------	--

## 通院・入院証明書

住 所 武雄市 町大字 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日

※病 名 \_\_\_\_\_

※期 間 (予定含む)

通院 平成 年 月 日～平成 年 月 日 (週平均 日)

入院 平成 年 月 日～平成 年 月 日

自宅療養 平成 年 月 日～平成 年 月 日

上記のとおり証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関 住 所  
名 称  
医 師 名  
電話番号

⑩

武雄市教育長 様