（留守家庭児童クラブ入所申込用）

通院・入院証明書

1　この「通院・入院証明書」は、留守家庭児童クラブ入所の審査等のための重要な書類です。事実のとおりにご記入ください。

2　訂正には必ず証明者の印鑑が必要です。訂正印のない訂正がある場合には無効となります。
【修正用品(例:修正液等)使用不可】

3　内容が事実と異なる場合は、留守家庭児童クラブの利用を取り消すことがあります。
記載に不備がある場合は、選考上不利になる場合があります。

4　電話や訪問により実態を調査することがありますので、あらかじめご了承ください。

5　これらの内容に変更が生じた場合は、必ず市役所に申し出てください。

問い合わせ先　伊万里市教育委員会　教育総務課 電話 0955-23-2125

住　所	伊万里市	
氏　名		
生年月日	（ 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ）	年　月　日
病　名		
治療期間 (今後の予定も含む)	入院	年　月　日 ～　年　月　日 または 未定
	通院	年　月　日 ～　年　月　日 または 未定 (週平均　回通院)
	自宅療養	年　月　日 ～　年　月　日 または 未定

上記のとおり証明いたします。

令和　年　月　日

医療機関名

住 所

医師名　印

伊万里市長　様

※保護者記入欄

児童クラブ名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿児童クラブ

児童名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(学年　年)