

施設等名	
支給認定証番号	
利用児童名	

(児童用)

意見書

次のとおり意見書を提出する。

令和 年 月 日
医療機関名
所在地
医師名

※自署でない場合は、記名と押印が必要です。

住 所			
児 童 名		生 年 月 日	年 月 日 歳
病 名 : 病 状 : 治癒見込み期間 :			
◎ この児童が集団保育可能かどうか 1 可能である 2 不可能である			
◎ 保育所等において特別な配慮が必要であれば、必要事項を具体的に記入してください。			