

年 月 日

訪問型病児・病後児保育利用に係る受診証明書

目黒区長 宛て

医療機関 所在地
名称
医師名
電話番号

下記の者を診療したことを証明いたします。

ふりがな		②性別	男
①児童氏名			女
③生年月日	年 月 日		
④住所	目黒区		
⑤受診日	年 月 日		

注1 ①～⑤はあらかじめ保護者が記入の上、医療機関に提出してください。