**入院看護証明書**

　下記のとおり、家族の方の看護（付き添い）が必要なことを証明いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 入院者氏名 |  |  |
| 入院期間（予定） | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 |
| 要看護（付き添い）期間 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 |
| 要看護（付き添い）時間 | 時　 　　分 ～ 　　 　時　 　　分 |
| 要看護（付き添い）の理由 |  |
| 看護（予定）者 | 氏 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 入院者との続柄 | 　　　　　　　 |

　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　 　　　　　　殿

※　この証明書は、学童保育所運営に係る監査を福津市役所が受ける場合、監査の対象となります。