

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。