

入院証明書

下記の者は、当院に入院中であることを証明いたします。

入 院 者 住 所	福津市
入 院 者 氏 名	
入 院 期 間 （ 予 定 ）	令和 年 月 日～令和 年 月 日
病 名	
保育ができない理由	

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。