

通院証明書

下記のとおり通院しているため、家族を保育することが困難なことを証明いたします。

通院者住所	福津市
通院者氏名	
通院期間（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は、監査の対象となります。