

疾 病・障がいに 関する申立書

園児・児童氏名			
生年月日	年　月　日生	年　月　日生	年　月　日生
疾病・障がい者名			
生年月日	年　月　日生	園児・児童との続柄	
医療機関名			
治療期間	年　月　日～　年　月　日 ※疾病の場合のみ記載してください。		
治療内容	<input type="checkbox"/> 入院(　年　月　日まで) <input type="checkbox"/> 通院(週　回) <input type="checkbox"/> 自宅療養		
添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書(任意様式) <input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> その他(　　)		
上記のとおり、相違ないことを申立てます。			
年　月　日			
鹿部町教育委員会教育長 様			
住 所 申立者氏名 電 話		印	

※この証明書は、入会に必要な書類ですので、事実に基づいて記載して下さい。

事実と相違する場合は、入会決定を取り消すことがあります。