

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()		
<p>上記のとおり、相違ないことを申立てます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>鹿部町教育委員会教育長 様</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> 住 所 申立者氏名 電 話 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 印 </div> </div>			

※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。