

証 明 書

住 所	〒	電 話	
ふりがな 氏 名		生年月日	
ふりがな 児童氏名		小学校名 学年	小学校 年

上記の者は、次の通りの理由により放課後に児童を保護することが困難です。
(該当する項目番号を○囲みしてください。)

- 1 疾病 2 看護・介護等 3 その他（理由を備考欄に記入）

備考（状況）

--

平成 年 月 日

医療機関名
代表者氏名
住 所
電 話

㊞