

※ 未記入がないか、内容に相違がないか必ず確認してください。
 ※ 記載内容をもとに判定いたします。当法人が必要と判断した場合以外、確認のための連絡はいたしません。
 ※ 変更が生じた場合は、速やかに再提出をお願いいたします。

※ この書類は、藤沢市放課後児童クラブへの入所申込にあたっての必要性を確認するためのものです。

(保護者記入欄)

児童クラブ			
入所児童との続柄	☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ その他（ ）		
フリガナ			
児童名			
入所年度の学年	年生	年生	年生

氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	性別	☐ 男 ☐ 女
初診日	西暦 年 月 日		
現在の病状について ※ 退院あるいは病状改善の見込みがあれば、その旨もご記入ください。			
児童の保育についての所見（下記の該当する項目のいずれかにチェックをつけてください）			
☐ I 上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状態である ☐ II 上記の者は、児童の日中常時の保育が困難な状態である ☐ III 上記の者は、児童の日中の保育が部分的に困難な状態である ☐ IV 上記の者は、児童の保育が十分に可能な状態である			
放課後児童クラブ運営事業者代表者 宛 上記のとおり診断します。 西暦 年 月 日 *発行日から3ヵ月以内有効。日付・名称・代表者名未記入のものは無効。 医療機関名 _____ 所在地 _____ 担当医氏名 _____			