

# 診 断 書

住 所	高取町大字		
氏 名		児童との続柄	
生年月日	明 治 大 正 昭 和 平 成	年 月 日生 (満 歳)	男・女
診 断 名			
上記により			
令和 年 月 日より令和 年 月 日まで			
(通院回数 1ヶ月 回、または入院) 治療を要する。			

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

高取町長 様

医療機関等 住 所  
名 称  
医師氏名

印