

障害児通所支援利用にかかる医師の診断書・意見書

箕面市長 宛

対象児童	氏 名		生 年 月 日
	フリガナ		平 ・ 令
			年 月 日
	住所	〒 ー 電話番号 ()	

利用者の診断名 または状態につ いて詳しくご記 入ください。	【診断名】

放課後等デイサービスを利用した 療育の必要性	有 ・ 無
---------------------------	-------

上記のとおり意見書を提出する。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

診療担当科名

作成医師氏名

印