

診療情報提供書

河内長野市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

医療機関の所在地

名称

医師名

印

氏名	
住所	河内長野市
生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳)
診断名	
備考	当該児童につき、療育・訓練を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない