

別紙3 医師の意見書

霧島市（児童発達支援・放課後等デイサービス）利用意見書

児童名		生年月日	年 月 日生
保護者名		住所	

〈 発達検査等 （ 年 月 日） 〉

〈 所見 〉

〈 現在受けている治療・発達支援 〉

〈 診断名 〉

〈 その他（対応方法等について） 〉

上記の状況により児童発達支援・放課後等デイサービスの利用について

☐必要と認める （週 1・2・3・4・5 日）※該当する日数に○

☐不要

令和 年 月 日

医療機関名
所在地

医師氏名（自署又は記名押印）