別紙３　医師の意見書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 霧島市（放課後等デイサービス・児童発達支援）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　〉****〈　治療・療育状況　〉**　**〈　診断名　〉****〈　その他（対応方法等について）　〉**　　 |

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）