

佐倉市生活管理指導短期宿泊事業利用診断書

利用 対象 者	氏名		生年月日	年 月 日(歳)
	住所			
	性別		電話番号	
既往症				
現症				
治療				
伝染性疾患等		無 ・ 有 (病名)		
利用の適否		適 ・ 否 (理由)		
意見等				

上記のとおり診断します。

年 月 日

住所
診察医師氏名
電話

