サービス利用に係る医師意見書

（児童発達支援・放課後等デイサービス）

対象児童氏名

生年月日

住所

診断名

＜児童の状態像＞

＜支援の方向性＞

上記の児童につきまして、専門機関での療育・訓練を必要とします。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医療機関所在地

医師氏名