

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

