

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年 齢	歳
1 診断名			
診断年月日： 年 月 日			
2 療養期間			
3 復職見込み時期			
病院、診療所又は老人保健施設等			
名 称			
担当医名			
⑧			
診断書発行日： 年 月 日			

主治医様

本診断書は「神奈川県介護福祉士・社会福祉士修学資金」の借受者について、修学資金返還免除要件となる介護の就業が当該病名により困難な状況を確認するために使用するものです。ご協力をよろしくお願い申し上げます。

なお、当該疾病・障害の原因が業務に起因するものであると診断する場合は、その旨の記載もお願いいたします。