

意 見 書

様（平成・令和 年 月 日生）について、当院
を診察したところ、下記のような所見が見られました。保護者様が児童発達支援・放課後等デイサ
ービスの利用を希望しております。よろしくお願ひいたします。

記

〔所見・意見〕

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

連絡先

発育発達相談： 医師