

治 癒 証 明 書

園児クラス _____ 氏名 _____

平成 年 月 日生

病名 _____

上記疾患は経過良好で伝染の恐れがなくなりましたので、

_____ 月 _____ 日より通園して差し支えないものと認めます。

以上の通り証明します。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

住所 _____

担当医氏名 _____ 印