

治癒証明書

園名 _____

クラス _____ 園児名 _____

病名 _____

上記の病症で、 月 日から 月 日までの 日間
治療中であったが、主要症状が消退したので、登園して差し支えないもの
と認めます。

年 月 日

主治医 住所

氏名

印