

治 癒 証 明 書

園児名		生年月日	年	月	日生
病名					
上記疾患が治癒し、平成 年 月 日より登園して差し支えないことを証明します。					
平成 年 月 日					
医療機関	住所				
	名称				
	医師名	印			