

治癒証明書

コンビプラザ

保育園

園児名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日生

病名 : _____

上記の病症で、 _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日までの _____ 日間療養中で
あったが、主要症状が消退したので、 _____ 月 _____ 日より登園して差し支え
ないものと認めます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名 :

住所 :

医師名 :

印