

治癒証明書

園児名 _____ 男 ・ 女

平成 _____ 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登園して差し支えないものと認めます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名:

住所:

医師名:

印