

治癒証明書

住 所 市原市福増 375

学 校 名 福 増 幼 稚 園

園児名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 病 名 _____

2. 出席停止期間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記疾患は治癒し、他に感染のおそれなく、登園して差し支えないものと認める。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名

印