

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. 期 間

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで

上記の通り診断いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師名

