

治癒証明書

この欄は、各家庭にて記入してください。

小平神明こども園

_____ 組 氏名 _____ 男 ・ 女 _____ 才

住所 _____

上記の者は下記の病気にて

病名 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日より

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで _____ 日間

〔 入院・治療 〕 していましたが、〔 治療しました・治療中ですが 〕
登園しても差し支えありません。
上記の通り証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関 所在地

名称

医師名

小平神明こども園 園長 西田理子 殿