

治 癒 証 明 書

古里保育園長 殿

組 名 _____

園児氏名 _____

上記の者は、伝染病第 _____ 類（ _____ ）の症状が、
治癒いたしましたので _____ 月 _____ 日より登園してさしつかえないことを
証明いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医 師 名

住 所