

治癒証明書

保育園・幼稚園・学校名 _____

学級名 氏名 _____

疾病名 _____

上記の幼児児童生徒は、病気が治癒しており、他への伝染もなく登校・登園してもよい事を証明します。

平成 年 月 日

病院名

医師名 _____ 印