

年 月 日

治 癒 証 明 書

クラス：_____氏名：_____

感染症名：_____

上記の感染症に罹患したため、医師の指示により____月____日
～____月____日(____日間)の間欠席し、____月____日より登園
することを許可されました。

医療機関名 : _____

医師名 : _____

医師のサイン : _____

※医療機関に記入を依頼してください。

保護者サイン : _____

	担任	事務長
こどもえん		