

治癒証明書

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名 (_____)

上記の者、上記疾病のため療養し、症状が軽快（治癒）したので、
登園可能であることを証明します。

・発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・診断日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・登園再開日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年 _____ 月 _____ 日

住 所

医療機関名

医師氏名