

# 証 明 書

住所

氏名

平 成 年 月 日 生

病名

上記疾患が治癒し、他児への感染のおそれはないと思われま  
すので、登園してよいことを証明します。

<登園後の注意事項>

平 成 年 月 日

医療機関

医 師

印