

# 治癒証明書

園児名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

病名 \_\_\_\_\_

初診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので登園可能と判断します。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_