

治癒証明書（医師記入）

杉の子幼児学園 _____ 組 _____ 氏名 _____

病名 _____

上記の病名で

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日までの _____ 日間

治療中でしたが、平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日の診察の結果、
治癒したことを認め、登園を許可します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関 _____

医師名 _____ 印又はサイン _____

治癒証明書（医師記入）

杉の子幼児学園 _____ 組 _____ 氏名 _____

病名 _____

上記の病名で

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日までの _____ 日間

治療中でしたが、平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日の診察の結果、
治癒したことを認め、登園を許可します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関 _____

医師名 _____ 印又はサイン _____