

治癒証明書

クラス名 _____

園児名 _____

病名 _____

年 月 日 () より丈上記の疾病により治療中でしたが
全治し、集団保育が可能であることを証明します。

松ヶ丘認定こども園園長殿

平成 年 月 日

病院

住 所

氏 名

印