治癒証明書

コウガの森・梅花園長　殿

組

氏名

平成・令和　　年　　月　　日生

住所

保護者氏名

上記の者、下記病名にて　　月　　日より通院加療をしました。

月　　日より集団生活に支障がないことを証明します。

1．インフルエンザ　　6．溶連菌感染症

2．麻疹　　7．手足口病

3．風疹　　8．百日咳

4．流行性耳下腺炎　　9．咽頭結膜熱

5．水痘　　10．その他（　　）

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師名