

# 治 癒 証 明 書

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

上記の者、(病名) \_\_\_\_\_ が治癒しましたので、\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日から登園して差し支えないことを証明いたします。

年 月 日

社会福祉法人友田保育園園長 様

医療機関所在地

医 療 機 関 名

医 師 名

⑩