

治癒証明書

氏 名 _____

生年月日 昭和・平成 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。

平成 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