

治癒証明書

城南ふたば保育園 宛

本人氏名	様
生年月日	H・R 年 月 日生

上記の者は、令和 年 月 日より(病名)_____

に罹患し、本院にて加療してまいりましたが、治癒しましたので、

令和 年 月 日より登園可と認めます。

令和 年 月 日

住 所

病院(医院)名

電 話 番 号

院長(医師)名

印