

# 治癒証明書

保育園 園長 宛

氏名

生年月日 平成 年 月 日生

病名

上記の病名により加療したため、感染の可能性はなくなったと判断し、登園及び集団生活が可能となったことを証明します。

付記

平成 年 月 日

医療機関名

住所

医師名

印

社会福祉法人東光会