

治癒証明書

ぽこころ保育園 祖師谷 園長 殿

児童名 _____

上記の者、下記の疾患に

平成 年 月 日より罹患しましたが、平成 年 月 日より登園して差支えないことを証明します。

疾患名（該当するものを○で囲んで下さい）

1. インフルエンザ
2. 百日咳
3. 麻疹（はしか）
4. 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
5. 風疹
6. 水痘（みずぼうそう）
7. 咽頭結膜熱
8. 結核
9. 髄膜炎菌性髄膜炎
10. その他【 _____ 】

平成 年 月 日

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

医師名 _____

⑩