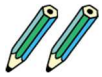
治癒証明書



＿＿＿＿＿＿組　氏名＿＿＿＿＿＿＿

上記の者、下記の病名について治癒したことを証明します。

疾病名(一部)　　*該当するものに○をつけてください

インフルエンザ　　おたふく（流行性耳下腺炎）　　風疹（三日ばしか）

水痘（みずぼうそう）　　咽頭結膜熱（プール熱）　　流行性結膜炎

伝染性膿痂疹（とびひ）　　手足口病　　伝染性紅班（りんご病）

その他（　　）

年　　月　　日

医師または

病院名

チャイルドケアー ひまわり　☎ 855-3600