



# 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( )

平成 年 月 日

医師または

病院名

チャイルドケア ひまわり 電話 855-3600