



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

相武幼稚園 電話 857-1029