



# 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 (三日ぼしか)
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

認定こども園 相武幼稚園 ☎ 857-1029