

完治証明書

諸聖徒保育園園長 殿

園 児	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
	病名	

上記、完治し登園に支障がないことを証明します。

年 月 日

医療機関名:

住 所:

担当医師名:

印