

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