

治癒証明書

園児氏名 _____

_____年 _____月 _____日生

上記の者は、下記疾患に罹患しておりましたが、治癒したものと認め証明いたします。

疾患名

- インフルエンザ
- 百日咳
- 麻疹（はしか）
- 流行性耳下腺炎（おたふく）
- 風疹
- 水痘（水ぼうそう）
- 咽頭結膜炎（プール熱）
- 結核
- 髄膜炎菌性髄膜炎
- その他（傷病名： _____）

（発病日 _____月 _____日）

_____年 _____月 _____日

医療機関名： _____

医師名： _____