

治癒証明書

認定こども園愛の光幼稚園 園長 様

年 月 日

医療機関名または医師名

園児氏名

上記園児は

- | | | |
|-------------------|-------------------|--------------|
| 1 麻疹（はしか） | 2 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | 3 水痘（みずぼうそう） |
| 4 風疹 | 5 咽頭結膜熱（プール熱） | 6 百日咳 |
| 7 流行性角結膜炎 | 8 急性出血性結膜炎 | 9 結核 |
| 10 腸管出血性大腸菌感染症 | 11 髄膜炎菌性髄膜炎 | |
| 12 その他（病名： _____） | | |

により、 _____ 年 _____ 月 _____ 日より登園停止となっていました、

_____ 年 _____ 月 _____ 日より登園して良いことを証明します。

主治医様 ご多忙中おそれいりますが、登園可能になりましたらご記入の上、保護者にお渡しください。

キリトリ

治癒証明書

認定こども園愛の光幼稚園 園長 様

年 月 日

医療機関名または医師名

園児氏名

上記園児は

- | | | |
|-------------------|-------------------|--------------|
| 1 麻疹（はしか） | 2 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | 3 水痘（みずぼうそう） |
| 4 風疹 | 5 咽頭結膜熱（プール熱） | 6 百日咳 |
| 7 流行性角結膜炎 | 8 急性出血性結膜炎 | 9 結核 |
| 10 腸管出血性大腸菌感染症 | 11 髄膜炎菌性髄膜炎 | |
| 12 その他（病名： _____） | | |

により、 _____ 年 _____ 月 _____ 日より登園停止となっていました、

_____ 年 _____ 月 _____ 日より登園して良いことを証明します。

主治医様 ご多忙中おそれいりますが、登園可能になりましたらご記入の上、保護者にお渡しください。