

# 治癒証明書

直方中央保育園

園児名 \_\_\_\_\_

下記の疾病で療養中のところ、主要症状が消退し他児への感染の恐れはないと思われますので、治癒したことを証明いたします。

(病名) \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

\_\_\_\_\_ 印

※担当医様へ 恐れ入りますが記名、捺印をお願いします。