

# 証 明 書

園児名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

病名 \_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より上記の病名により療養中と

予防上支障がないと認められる状態となったことを証明します。

( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より登園可能です。 )

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関所在地

電話番号

医療機関名

医師氏名

印

主治医様へ

集団感染の予防のために学校伝染病につきまして出席停止措置をしております。その登園許可確認のためご協力いただきたく宜しくお願い申し上げます。

すずらんキッズ保育園