

受取者	
日付	

治 癒 証 明

社会福祉法人

おなが幼保連携型認定こども園

住 所

児童名

生年月日

病名

上記の疾患、治癒していますので、令和 年 月 日
より登園してもさしつかえないことを証明します。

令和 年 月 日

病 院 名

医 師 名