

治癒証明書 (登園許可証明書)

児童氏名

生年月日

年 月 日

性別

男 ・ 女

保育園名

上記の児童は下記の疾病で療養中でしたが、加療の結果

_____年 _____月 _____日 から登園して良いことを証明します。

麻疹	風疹	水痘	百日咳
インフルエンザ	溶連菌感染症	とびひ	ウィルス性肝炎
流行性耳下腺炎	咽頭結膜熱		
その他の疾病	病名 ()		
プールについて	_____年 _____月 _____日よりプール入水を許可します。		

・病名を ○ で囲んでください。

(※ 6～9月のプールの時期は、プール入水可能になる日の記入もお願いします。)

_____年 _____月 _____日

住所

医療機関名

医師の氏名

Ⓜ
