

# 治癒証明書

吉岡町第二保育園

氏名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

出席停止期間

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

上記疾患が治癒したので、  
登園しても差し支えないものと認めます。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

住所

医療機関名

医師名

印