

— 証 明 書 —

白鳩チルドレンセンター南丘 園長 様

組 _____ 児童氏名 _____

病名 _____

上記の病名で、

() 月 () 日 ~ () 月 () 日までの

() 日間、療養中でしたが、主要症状が消退したので、

登園して差し支えないものと認めます。

年 月 日

医療機関名

住所 _____

医師名 _____ (印)

— 証 明 書 —

白鳩チルドレンセンター南丘 園長 様

組 _____ 児童氏名 _____

病名 _____

上記の病名で、

() 月 () 日 ~ () 月 () 日までの

() 日間、療養中でしたが、主要症状が消退したので、

登園して差し支えないものと認めます。

年 月 日

医療機関名

住所 _____

医師名 _____ (印)