

# 治 癒 証 明 書

住 所

氏 名

生年月日 平成 年 月 日

## 病 名

上記の者、頭書の疾患により休園しておりましたが、周囲に伝染する危険がなくなりましたので、登園を許可致しました。

以上、証明致します。

平成 年 月 日

住 所

医師名

印

泉 保育園長 安田暁子殿