

主治医様

お手数をお掛けして申し訳ございませんが、よろしくお願いいたします。

なかいず認定こども園

学校伝染病にかかる証明書

なかいず認定こども園 園長宛

クラス・氏名	組 氏名
病名	
期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで () 日間

上記の園児の疾病は治療し、伝染のおそれなしと認めます。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印