主治医様
お手数をおかけして申し訳ありませんが、以下の証明をよろしくお願いします。
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 園長様

クラス・氏名	組　　氏名
病名	
期間	令和　　年　　月　　日から
	令和　　年　　月　　日まで（　　）日間

上記の園児の疾病は治癒し、伝染のおそれなしと認めます。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師氏名