

治癒証明書

園長印	看護師印	担任印

第二桜ヶ丘保育園 様

園児名

病名

上記の病気が治癒した事を証明いたします。

平成 年 月 日

病院名

医師名

治癒証明書

園長印	看護師印	担任印

第二桜ヶ丘保育園 様

園児名

病名

上記の病気が治癒した事を証明いたします。

平成 年 月 日

病院名

医師名