

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