

担当医師 様

ご多用中おそれいりますが、下記証明書は伝染のおそれなくなり登園しても差し支えがなくなりましたら、ご記入の上 保護者にお渡しくださいますようお願いいたします。

NPO 法人きのみ会 木の实保育園
TEL 04-2966-2155

治 癒 証 明 書

園児氏名 : _____

上記のものは、病名 _____ により

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

出席停止をさせましたが、登園を許可いたします。

木の实保育園
園長 手塚久晴 殿

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関所在地 _____

医療機関名称 _____

医 師 名 _____ 印