

治 癒 証 明 書

保護者記入欄

クラス名 _____

園児名 _____ 生年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生

医師記入欄

上記の者は、下記○印の疾患に罹患して治療中でしたが、

① () 治癒いたしました

② () 感染しない状態になりました

ので、登園可能となりました。 以上証明いたします。

病 名

1. インフルエンザ
2. 百日咳
3. 麻疹
4. 風疹
5. 水痘
6. 流行性耳下腺炎
7. 咽頭結膜炎

8. その他の伝染病 病名 ()

★該当する病名を○で囲んでいただきますようお願いいたします

★8.その他の伝染病は病名をご記入下さい

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名

医師名



〔お願い〕

*保護者が持参しましたら、お手数ですが証明いただきますようお願いいたします。

*①・②の欄はどちらかに○をお願いいたします。

*病名は○で囲んでいただきますようお願いいたします。 8.その他の伝染病は、
お手数でも病名をご記入いただきますようお願いいたします。