

# ご 依 頼

主 治 医 様

\_\_\_\_\_ 保育所

お手数ですが、該当欄に証明をお願いします。

## 治癒証明書

(医師の証明が必要)

児 童 名 [ \_\_\_\_\_ ]

( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生)

病 名 \_\_\_\_\_

症状が回復し、集団生活に支障ありません。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から登園可能と診断します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関

医師名

Ⓜ