

治 療 証 明 書

ゆめのもり保育園

児童氏名 _____

病 名 _____

上記の病歴で、

_____月_____日から_____月_____日までの

_____日間、療養中でしたが、主要症状も回復し、集団生活に

支障がない状態となりましたので登園可能と判断します。

令和 年 月 日

主治医 住 所

医療機関名

医師名

印