

治癒証明書

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名 (_____)

上記の者、上記疾病のため療養中のところ軽快したので、

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () より、登園しても差し支えない

ことを証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所

医療機関名

医師氏名

印

提出先 学校法人 愛染学園

愛染幼稚園

住所 奈良市西木辻町110-26

TEL: 0742-22-4148