

治 ゆ 証 明 書

よつば保育園 園長宛

氏 名 _____

生年月日 _____年 _____月 _____日生

病 名 [_____]

診察の結果、集団生活に支障のない状態になりましたので、

_____月 _____日から登園可能と証明します。

_____年 _____月 _____日

医療機関名

住 所

医 師 名

⑩