治 癒 証 明 書

サンシャインスクール

クラス

園児名

住所

〈病名〉 いずれかに〇をしてください

① 麻疹

② 風疹

③ 水痘

④ 溶連菌感染症

⑤ とびひ

⑥ 手足口病

⑦ 流行性耳下腺炎

⑧ インフルエンザ

⑨ 結膜炎

⑩ その他 （具体的に　　）

上記の病気は治癒しており感染のおそれがないことを証明致します。

日時: 平成　　年　　月　　日

病院名:

医師名:　　印

連絡先:

※以下、記入しないで下さい。

出席停止期間	平成　年　月　日(　)から　月　日(　)まで		
登園開始日	平成　年　月　日(　)		
備考:		受取日時	受領印