

## 治癒証明書

美心幼愛園園長 様

児童 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)

上記の者、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に、以下のとおり診断したことを証明します。

1. インフルエンザ
2. 百日咳
3. 麻疹 (はしか)
4. 風疹 (三日ばしか)
5. 水痘 (水ぼうそう)
6. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
7. 咽頭結膜炎 (プール熱)
8. 流行性角結膜炎 (はやり目)
9. 結核
10. 腸管出血性大腸炎 (O157)
11. 急性出血性結膜熱
12. その他 ( \_\_\_\_\_ )

上記の者、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より登園して差し支えないことを証明します。

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

医療機関所在地 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_