

伝染病治癒証明書

《下記の園児を診察された医師の方へ》

下記園児の伝染病が、治癒したことの証明をお願いします。

練馬区石神井台 8-10-28
学校法人 櫻井学園 上石神井幼稚園
園長 大山弘子

〈保護者記入欄〉

依頼日：平成 年 月 日

クラス名：

患者名：

生年月日：平成 年 月 日

住所：

〈医師記入欄〉

上記患者の疾病が治癒し、伝染病の予防上支障が無いと認め、
登園を許可します。

(該当する病名を○で囲んでください。他の方はご記入下さい。)

病名

耳下腺炎 ・ りんご病 ・ 水疱瘡 ・ はしか

手足口病 ・ インフルエンザ ・ ノロウイルス

その他 ()

医師名・証明印等

証明日 平成 年 月 日