

伝染性の病気により欠席された時は、治癒証明を提出してください。  
専門医により、集団生活の可否を判断していただくものです。

園長	主任	担当者	受取者

# 治癒証明書

下記疾病により欠席しましたが、通園を許可されましたので、お届けします。

## 保護者記入欄

一、欠席期間：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_月\_\_\_\_日

一、理由：\_\_\_\_\_

一、園児名：[ \_\_\_\_\_ 組] \_\_\_\_\_

一、保護者名：\_\_\_\_\_ 印

## 専門医記入欄

一、病名：-----

一、完治したと認める日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

一、通園して良い日：\_\_\_\_月\_\_\_\_日から

平成 年 月 日

病院・医院名、及び専門医名  
[専門医の方は恐れ入りますが、記名・押印をお願いします]

福丸保育園々長 殿