

# 治癒証明書

メリー★ポピンズ（保育園） 殿

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
5. 水痘
6. 流行性耳下腺炎
7. 咽頭結膜炎（プール熱）
8. 流行性角結膜炎
9. 溶連菌感染症
10. 手足口病
11. マイコプラズマ肺炎
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 \_\_\_\_\_ (印)

