証　明　書

氏　名

住　所

生年月日　　H　年　月　日生

診　断　名　（　　）

上記疾患が、治癒しましたので　　月　　日より登園して

よいことを証明します。

H　年　月　日

病　院　名

住　　所

医　師　名