

登園証明書

組 _____

氏名 _____

病名 _____

登園停止期間

平成 年 月 日 から

平成 年 月 日 まで

上記の者は、上記の疾病で療養していましたが、
感染の可能性がなくなりました。
登園を開始し伝染しないことを認めます。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印