

主治医様

保育園名 \_\_\_\_\_

園児氏名 \_\_\_\_\_

年 月 日生

上記の者について、感染のおそれがないと認められましたら、証明をお願いいたします。

証 明 書

病名 ( )

上記の疾患による感染のおそれがないと認めます。

平成 年 月 日

園長様

医療機関名

医師名 \_\_\_\_\_

(注) ◎保護者の方へ

1. 文書料は医療機関により異なる場合があります。詳しくは、受診される医療機関へお問い合わせください。