

疾病治癒証明書

施設名 石動青葉保育園

児童名

保護者名

病名

初診日 平成 年 月 日

全治したことを証明する。

平成 年 月 日

主治医

印

疾病治癒証明書

施設名 石動青葉保育園

児童名

保護者名

病名

初診日 平成 年 月 日

全治したことを証明する。

平成 年 月 日

主治医

印