

証 明 書

社会福祉法人

ほうりん認定こども園

高岡ほうりん保育園

() クラス

園児名 ()

上記の者「伝染病第()類、」に

令和 年 月 日 ~ 月 日まで

罹患療養中のところ、伝染病のおそれがなくなったので、登園して

差し支えないことを証明する。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

※医師へのお願い

ご面倒ですが、上記に必要事項記入の上、当該者又は保護者に、持たせて
いただきますようお願いいたします。