

証 明 書

住 所：福岡市西区今宿駅前1丁目5-7

連絡先：092-776-8821

園 名：かえで保育園

園児氏名 _____

病 名 _____

上記疾病の治癒したことを証明します。

平成 年 月 日

保護者名： _____

証 明 書

住 所：

連絡先：

園 名：

園児氏名 _____

病 名 _____

上記疾病の治癒したことを証明します。

平成 年 月 日

保護者名： _____