

証 明 書

住 所 :

連絡先 :

医院名 :

印

園児氏名 _____

病 名 _____

上記疾病の治癒したことを証明します。

年 月 日

保護者名 : _____

証 明 書

住 所 :

連絡先 :

医院名 :

印

園児氏名 _____

病 名 _____

上記疾病の治癒したことを証明します。

年 月 日

保護者名 : _____