

治癒証明書

Lovant PRESCHOOL 殿

児童 _____ (歳)

上記の者、_____年 _____月 _____日に、以下のとおり診断したことを証明します。

1. インフルエンザ
2. 百日咳
3. 麻疹（はしか）
4. 風疹（三日ばしか）
5. 水痘（水ぼうそう）
6. 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
7. 咽頭結膜炎（プール熱）
8. 流行性角結膜炎（はやり目）
9. 結核
10. 腸管出血性大腸炎（O157）
11. 急性出血性結膜熱
12. その他（ _____ ）

上記の者、_____年 _____月 _____日より登園して差し支えないことを証明します。

_____年 _____月 _____日

医療機関所在地 _____

名称 _____

医師名 _____ (印)