学校感染症証明書

園　　名：　天昌寺保育園

園児氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：＿＿＿＿年　　月　　日生

１．病　　名

２．発病年月日　　年　　月　　日

３．登園停止期間　　年　　月　　日から

　　年　　月　　日まで

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿