

伝染性の病気により欠席された時は、治癒証明を提出してください。  
専門医により、集団生活の可否を判断していただくものです。

園長	副園長・主任	担当者	受取者

# 治癒証明書

下記疾病により欠席しましたが、通園を許可されましたので、お届けします。

## 保護者記入欄

一、欠席期間：令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日～\_\_\_\_月\_\_\_\_日

一、理由：\_\_\_\_インフルエンザ、解熱後3日経過

一、園児名：[\_\_\_\_組] \_\_\_\_\_

一、保護者名：\_\_\_\_\_印

## 専門医記入欄

一、病名：-----

一、完治したと認める日：令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

一、通園して良い日：\_\_\_\_月\_\_\_\_日から

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

病院・医院名、及び専門医名  
[専門医の方は恐れ入りますが、記名・押印をお願いします]

宮田保育園々長 殿