

証 明 書

氏 名 _____

病 名 _____

上記患者は（該当番号に○をつけてください）

- 1 治癒した
- 2 感染のおそれがない
- 3 集団保育に支障がない

を証明致します。

平成 年 月 日

医師名 _____ 印