治癒証明書

クラス※	
氏　　名※	
生年月日※	平成　　年　　月　　日
上の※は、保護者で記入して下さい。	
病名 該当する番号に〇印をつけて下さい。	①麻疹(はしか)　②風疹（3日ばしか） ③水痘（水ぼうそう）　④百日咳 ⑤インフルエンザ　⑥流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ⑦咽頭結膜熱（プール熱）　⑧結核
	⑨流行性角結膜炎　⑩溶連菌感染症 ⑪伝染性膿痂疹（とびひ） ⑫その他（　　）

上記の病症で療養中でしたが、主要症状が消退し、もはや伝染のおそれがないので、

（　　）月（　　）日から登園しても差し支えないものと認めます。

令和　　年　　月　　日

主治医　　(住所)

(氏名)　　印

園長印	担任印