

完 治 証 明 書

名 前 _____

生年月日 平成 年 月 日

病 名 : インフルエンザ 麻疹 風疹
溶連菌感染症 伝染性紅斑
水痘 流行性耳下腺炎
その他 ()

本児は、上記感染症に罹患し当院にて加療、経過観察して
きましたが、完治しましたので、平成 年 月 日
より登園しても宜しいです。

平成 年 月 日

病院名

医師名

印