

# 証明書

園長様

児童名 \_\_\_\_\_ (男・女)

平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

- 【 病名 】 1. 水痘 2. 流行性耳下腺炎 3. 風疹 4. 麻疹  
5. インフルエンザ ( \_\_\_\_\_ 型) 6. 咽頭結膜熱 (プール熱)  
7. 流行性角結膜炎 8. 百日咳 9. 結核 10. 腸  
管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111等)  
11. その他 ( \_\_\_\_\_ )

【 治癒 ・ 略治 ・ 加療中 】

【 登園 : \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より可能 】

【 プール : \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より可能 】

※備考

上記の通り証明します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

医師名

印