

治ゆ証明書

新町かぜいろこども園

クラス

氏名

令和 年 月 日に発病した水痘・流行性耳下腺炎・麻疹・風疹・
インフルエンザ(A型・B型)・咽頭結膜熱・流行性角結膜炎・その他()
は治ゆし、感染のおそれが 無くなりましたので令和 年 月 日より
集団保育を許可します。

出席停止期間 月 日から 月 日

令和 年 月 日

医療機関名 :

医師名 : _____ 印