

※医師殿 大変お手数ですが下記の証明よろしくお願いします。

※保護者様 園児名、クラス、生年月日は保護者の方で書いてください。

治 療 証 明 書

(学校感染症用)

学校法人 狛江みずほ幼稚園長殿

園児名 ()

クラス ()

生年月日 西暦 2 0 年 月 日

病 名 ()

期 間 (日～ 日) 登園可能日 (月 日より)

上記の者は病状軽快し、学校保健安全法施行規則上、感染の恐れがないことを証明します。

西暦 2 0 年 月 日

住所

医師名

※保護者様 治療中登園される場合は、この所見書を切り取って園にお持ちください。所見の内容によっては欠席していただくことがあります。(とびひ、溶連菌感染症など)

所 見 書

学校法人 狛江みずほ幼稚園長殿

園児名 ()

病 名 ()

上記の者は以下のことを除き、感染上登園しても問題ありません。

☐ プール遊び ☐ 水遊び ☐ 体の接触 ☐ 玩具その他の共用

西暦 2 0 年 月 日

住所

医師名