

治癒証明書

園児氏名: _____

上記の者、下記の病名について、治癒したことを証明する。

記

下記病名、左側に○をつけてください

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ(A・B)	<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	ウイルス性肝炎
<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)
<input type="checkbox"/>	風疹	<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	水痘(みずぼうそう)	<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ感染症
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜炎(プール熱)	<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎
<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症	<input type="checkbox"/>	その他()
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎(ウイルス性結膜炎)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/>	

_____年 月 日

医療機関名

医師氏名