

通園・治癒 証明書 (どちらかに○をお願いします。)

氏名 _____

生年月日 _____

- ・ 水痘
- ・ 麻疹
- ・ 風疹
- ・ 耳下腺炎
- ・ 伝染性結膜炎
- ・ その他の伝染性疾患 ()

を罹患しましたが、現在ほぼ治癒して他児への感染の危険はなくなりました。

年 月 日

上記の通り証明する。

病院所在地

電 話

医 師 名

印

診療していただきました医師の方へ

診療を受けております幼児は、集団の中で保育を行っておりますので、他児への感染が考えられる場合は、登園ができなくなります。お手数ではございますが、上記の各当疾患をで囲むか簡単に記入していただきますようお願い申し上げます。

東京都台東区日本堤 2-7-1
康保会乳児保育所
電話 03-3875-0058