

# 治 癒 証 明 書

下記の者は病気が完治したことを証明します。

令和 年 月 日

園児名		生年月日	平成・令和 年 月 日生
保護者名	⑩		
傷病名			
病院名			
主治医	⑩		
治療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		

社会福祉法人 秀桜会

さくらこども園

電話： 029-219-0007