

治癒証明書

社会福祉法人岡山幸風会
竜之口保育園長様

氏名 _____

生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
令和 _____

病名 _____

上記の病名により治療したので _____ 月 _____ 日より登園は可能です。

付記 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所在地 _____

医療機関名 _____

医師名 _____ (印)

※医師の証明を受けて登園させてください。

保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、治癒証明書の提出をお願いします。

感染力のある期間に配慮し、子どもの健康回復状態が集団での保育園生活が可能となる状態となつてからの登園であるようご配慮ください。