

年 月 日

学校法人芳村学園
理事長 芳村起代子殿

完 治 証 明 書

下記の通り治療し、完全に治癒したことを証明します。

疾 病 名	インフルエンザ 型 / 麻疹 / 風疹 / 水痘 流行性耳下腺炎 / 流行性結膜炎 アデノウィルス / ノロウィルス / その他()
治 療 期 間	平成 年 月 日より 平成 年 月 日
備 考	

園児氏名 _____ 組名 _____

保護者氏名 _____ 印 _____

診療機関名

住 所

医 師 名 _____ 印 _____

園長確認	副園長確認	担任確認