

令和 年 月 日

直心こども園

児童氏名： _____

医師

印

治癒証明

上記児童は(感染症名： _____)により

令和 年 月 日より登園停止となっていましたが、感染の恐れがなくなったため
月 日から登園を許可します。

以上

園より主治医の先生にお願い致します

当園は、厚生労働省の感染症対策ガイドラインに沿って運営を行っておりますので、児童の登園が可能となりましたら上記にご署名いただき本証明を保護者にお渡しください。お手数をお掛け致しますが、何卒、宜しくお願い申し上げます。