

治癒証明書

モンテッソーリ下落合こどもの家園長殿

園児名 _____

生年月日 年 月 日生

病名【 _____ 】

上記の疾患は、他への感染の恐れがないと認め、

年 月 日より登園可能といたします。

年 月 日

医療機関名

医師名

印