

証 明 書

幼保連携型認定こども園のばたけ保育園宛て

組

氏 名 _____

(病 名) _____

上記の病症で、 月 日から

月 日までの 日間、療養中

であったが、主要症状が消退したので、登園しても差し支えのないものと認めます。

年 月 日

医療機関名

(住所)

(医師名)

印

証 明 書

幼保連携型認定こども園のばたけ保育園宛て

組

氏 名 _____

(病 名) _____

上記の病症で、 月 日から

月 日までの 日間、療養中

であったが、主要症状が消退したので、登園しても差し支えのないものと認めます。

年 月 日

医療機関名

(住所)

(医師名)

印