証　明　書
（医師が記入）

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）

診断を受けた日　　月　　日

上記の病症で、　　月　　日から

療養中であったが、主要症状が消退したので、

月　　日から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
（医師が記入）

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）

診断を受けた日　　月　　日

上記の病症で、　　月　　日から

療養中であったが、主要症状が消退したので、

月　　日から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