

疾病治癒証明書

施設名	清泉学園 いずみ幼稚園
幼児氏名	
生年月日	平成 年 月 日生
疾病名	
初診日	平成 年 月 日
<p>上記の者、治療により治癒したことを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>主治医</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>	