完治証明書

みそら幼稚園園長殿

クラス：

園児名：

上記の者、下記病気の為、当病院で治療しておりましたが

ここに完治致しましたので、登園してもさしつかえないことを証明します。

病　名

年　月　日

医師名　印

お願い　：　医師殿

お手数ですが、下記の証明をお願いします。