

# 証 明 書

施設名 よつばゆりかご保育園

児童氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

上記のもの令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 下記のとおり診断したことを証明いたします。

※ かかった病気に○をして下さい。

病名

- |   |             |    |           |
|---|-------------|----|-----------|
| 1 | インフルエンザ     | 8  | 流行性角結膜炎   |
| 2 | 百日咳         | 9  | 溶連菌感染症    |
| 3 | 麻疹（はしか）     | 10 | 手足口病      |
| 4 | 風疹          | 11 | マイコプラズマ肺炎 |
| 5 | 水痘          | 12 | 帯状疱疹      |
| 6 | 流行性耳下腺炎     | 13 | その他の病気    |
| 7 | 咽頭結膜熱（プール熱） |    | ( _____ ) |

上記の者、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より登園して差し支えないことを証明いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関等の

所在地

名称

医師名

印