

証 明 書

大山保育園 氏名 _____ (_____ 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。

※ ○は、かかった病気です。

- | | | | |
|---|-------------|-----------|-----------|
| 1 | インフルエンザ | 8 | 流行性角結膜炎 |
| 2 | 百日咳 | 9 | 溶蓮菌感染症 |
| 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 | その他 |
| 6 | 流行性耳下腺炎 | (_____) | |
| 7 | 咽頭結膜熱（プール熱） | | |

上記の者、令和 _____ 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