

治 癒 届

横浜みなとみらい保育園

組 園児氏名 _____

受診医師に下記に記入していただきご持参ください。

担当医様

お手数をおかけ致しますがよろしく願いいたします。

病名 _____

病気が治癒したことを証明します

平成 年 月 日

担当医師

印