

欠席証明書

住 所

園 児 名

生年月日

病 名

上記疾患の為、平成 年 月 日より治療を
必要とし、平成 年 月 日より伝染の
恐れがないので出席を許可致します。

平成 年 月 日

病院名

医 師

印

欠席証明書

住 所

園 児 名

生年月日

病 名

上記疾患の為、平成 年 月 日より治療を
必要とし、平成 年 月 日より伝染の
恐れがないので出席を許可致します。

平成 年 月 日

病院名

医 師

印

(切り取り線)