

# 治癒証明書

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日に発病した  
水痘・流行性耳下腺炎・麻疹・風疹・溶連菌感染症・インフルエンザ・伝染性  
紅斑・咽頭結膜熱・流行性角結膜炎・その他（ ）は  
治癒し、感染のおそれが無くなりましたので 平成 年 月 日  
より集団保育を許可します。

平成 年 月 日

医療機関名：

医師名： \_\_\_\_\_ 印