

証

名 前 _____

生年月日 _____ H 年 月 日

病 名 (_____) と診断しましたが、
_____ 月 _____ 日より、登園出来ます。

H 年 月 日

医療機関 _____

医師名 _____ 印

三田つつしが丘認定こども園 園長宛

証

名 前 _____

生年月日 _____ H 年 月 日

病 名 (_____) と診断しましたが、
_____ 月 _____ 日より、登園出来ます。

H 年 月 日

医療機関 _____

医師名 _____ 印

三田つつしが丘認定こども園 園長宛

証

名 前 _____

生年月日 _____ H 年 月 日

病 名 (_____) と診断しましたが、
_____ 月 _____ 日より、登園出来ます。

H 年 月 日

医療機関 _____

医師名 _____ 印

三田つつしが丘認定こども園 園長宛