

主治医殿

クラス名_____

園児氏名_____

上記の者が貴医に加療中でしたが、伝染のおそれがないと認められましたら、証明をお願いいたします。

証明書

病名 ()

上記の疾患により加療中でしたが、伝染の恐れがないと認めます。

平成 年 月 日

園長殿

住所

医師氏名_____印

(注) 保護者の皆様へ

1. この証明書には医療費とは別に500円の証明料が必要です。
2. この証明書は、豊島区医師会員のみが発行します。そのほかの医療機関にかかられる場合は、証明料が異なる場合があります。