

治癒証明書

学校法人 みその学園
岡山聖園幼稚園

組

氏名

生年月日 年 月 日 生

病名

期間

年 月 日 から

年 月 日まで

上記疾病の治癒したことを証明いたします

年 月 日

住所

医師名

印