治　癒　証　明　書

ノートルダム
清心女子大学　附属幼稚園　＿＿＿＿＿＿＿＿組

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日生

病　　名（　　）

出席停止期間　平成　　年　　月　　日　～　　月　　日

上記疾病の治癒したことを証明いたします。

平成　　年　　月　　日

住　　所

医　　師　　㊞

切ってご使用ください