

年 月 日

MOA あたみ幼児学園 御中

園児氏名 _____

保護者氏名 _____

下記の通り、証明を受けましたので登園致します。

医 師 の 証 明	
疾 病 名	
登園停止の期間	年 月 日 ~ 年 月 日
完治したことを証します	
印	