

受診証明書

令和 年 月 日

クラス・名前	組
ひよ子こども園カゼマチ園長殿 令和 年 月 日に園にて ○熱(度) ○咳 ○下痢 ○嘔吐 ○発疹 ○目の充血 ○目やに ○その他() の症状があり受診しました	
病名	
病院名 医師名	

印