

診断証明書

西新カトリック幼稚園園長殿

園児名 _____

上記の者は、(病名) _____ と診断し、
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日までの休園を
証明いたします。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

