

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

