

## 治癒証明書

児 童 名		生 年 月 日	年 月 日
病 名			
治療を要した日	年 月 日	から	年 月 日
登園可能な日	年 月 日	からの登園を許可します	
証 明 日	年 月 日		
病 院 名			
住 所			
医 師 名			

チャイルドアカデミー上社保育園  
〒465-0025 名古屋市名東区上社1-409  
TEL 052-779-1152