

治療証明書

台之郷こども園 園長様

くみ	氏名	
----	----	--

流行性耳下腺炎 ・ 百日せき ・ 麻疹

風疹 ・ 水痘 ・ 咽頭結膜熱

※上記の病名は欠席扱いにはなりません

溶連菌 ・ 流行性結膜炎 ・ その他(

※上記の病名は欠席となります

令和 年 月 日 から
令和 年 月 日まで

上記の疾病により治療中でしたが、全治し他への感染の危険が無いことを証明します。

令和 年 月 日

医師名

印

投薬願

台之郷こども園 園長様
担任 先生

くみ	氏名	
----	----	--

❖下記の必要事項に○や数量等を記入

風邪 ・ 中耳炎 ・ 花粉症 ・ 溶連菌

その他 ()

薬の種類	薬	包	水薬	錠	その他 ()	瓶	目薬
	錠剤	錠	その他 ()				

上記の疾病により、令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで 薬の投与をお願いします。

令和 年 月 日

保護者名

_____ 印