

平成 年 月 日

担当医様

放課後等デイサービス こぶしの家
所長 齊藤 歩

下記の児童の診断をお願いします。

治癒証明書

児童名	生年月日 平成 年 月 日生
-----	-------------------

病名

上記の疾病により加療中であったが、現在は治癒し
登所して差し支えないことを証明する。

平成 年 月 日

放課後等デイサービス こぶしの家
所長 齊藤 歩 様

診断医師氏名

印