

# 治癒証明書

名称 宮若市地域子育て支援センター

幼児名

生年月日 平成・令和 年 月 日

疾病名	
加療期間	月 日～ 月 日
治癒月日	月 日
備考	

上記病名にて加療中であったが、治癒したことを証明します。

令和 年 月 日

診療医師氏名

印