

# 証 明 書

西大寺キリスト教会附属  
サムエル幼稚園

組

氏 名

生年月日 年 月 日生

病 名

(期間 年 月 日より  
年 月 日まで)

上記の疾病を治癒したことを証明します。

年 月 日

住 所

医 師