

駆除証明書

社会福祉法人 真功福祉会

(施設名) _____ 園長様

_____ 組

名前 _____

薬品名 (_____)

シラミ (卵・成虫) を駆除しました

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____