

治癒証明書

学年 _____ 氏名 _____

病名 _____

出席停止の期間 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
～ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者は、疾病が治癒したので平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
から登校してもよいことを証明します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

病院名 _____

医師名 _____ 印