

治 癒 証 明 書

年 組 番 氏名

病 名 _____

治療期間 平成 年 月 日より
 平成 年 月 日まで

上記疾患は治癒し、他に感染のおそれなく、登校して差し支えないものと認める。

平 成 年 月 日

病 院 名

医師氏名

印