

治癒証明書

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病 名 _____

上記の者は、上記の疾病のため療養中のところ回復したので、登校しても差し支えないことを証明します。

出席停止期間 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所

医療機関名

医 師 名