

# 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 令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日

令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名

⑩