

治 癒 証 明 書

氏 名 _____

上記の者は、下記疾患が治癒したため、登校しても支障がないことを認めます。

病 名 _____ 初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所

医療機関名

医師名

