

治 癒 証 明 書

氏 名 _____

住 所 _____

病 名 _____

上記の病名で、 月 日から 月 日までの 日間
療養中であつたが、主要症状が消退したので、 月 日より登校して
差し支えないことを証明します。

年 月 日

住所

医療機関名

医師氏名

印