

治 癒 証 明 書

学校名_____

年 組 氏名_____

住所_____

疾 病 名_____

上 記 の 児 童 は 病 気 が 治 癒 し て お り
他 へ の 伝 染 も な く 登 校 し て も よ い 事 を
証 明 し ま す 。

平成 年 月 日

病 院 名

医 師 名

印