

治 癒 証 明 書

学 校 名 _____

児童生徒名 _____ 年 組 _____

病 名 _____

_____ 月 _____ 日より登校してよろしい。

付 記 :

交付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所

医師名

Ⓜ