

治癒証明書

____年 ____組 ____番 氏名 _____

病
名

発病年月日 _____年 _____月 _____日

治癒年月日 _____年 _____月 _____日

上記の者、 _____年 _____月 _____日より、登校しても差し支えないことを証明する。

医療機関名

医 師 名 _____

(ゴム印でも可)

認 印
省 略

確認

担任

印

学年主任

印

養護教諭

印

教育相談

印

生徒指導

印

学習指導

印

主幹

印

教頭

印