

# 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