

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、_____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

認 印
省 略

(ゴム印でも可)

確 認	教頭・主幹	教務主任	保健主任	学年主任 (副主任)	担 任

→養護教諭へ