

# 治療証明書

第( )学年( )組( )番

氏名( )

病名( )

---

治療期間 年 月 日 より

年 月 日 まで

上記疾患はほぼ治癒し、他に感染のおそれなく、登校して差支えないものと認める。

年 月 日

医師住所

---

氏名

印

---