

治癒証明書

徳島文理小学校 年 組

氏名

疾病名	
治療期間	月 日 ~ 月 日
治癒月日	月 日
備考	

上記の通り治療し、治癒したことを証明し、登校を許可いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

医師

印