

治癒証明書

大本小学校____年 氏名：_____

上記の児童は、治癒しており感染の恐れがないことを証明します。

1 診断名：_____

2 出席停止期間：

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

平成 年 月 日

医療機関名：_____

医師名：_____ 印