

# 治 癒 証 明 書

星 城 中 学 校

\_\_\_\_\_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

認 印  
省 略

医 師 名 \_\_\_\_\_

(ゴム印でも可)

確 認

担 任

印

学指主任

印

中学主任

印

養護教諭

印