

治癒証明書

柏日体高等学校 殿

年 組 番 氏名

病 名

治療期間 平成 年 月 日より

平成 年 月 日まで

上記疾患はほぼ治癒し、他に感染するおそれがなく、
登校して差し支えないものと認める。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印