

学 校 長 殿

治 癒 証 明 書

氏 名 _____

生年月日 年 月 日

病 名 _____

月 日 以降は登校してもさしつかえないことを
証明します。

令 和 年 月 日

医療機関の _____

所 在 地 _____

名称・氏名 _____