

[様式]

## 治 癒 証 明 書

住 所 \_\_\_\_\_

学籍番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

付 記

出席を停止した期間

自 平成 年 月 日

至 平成 年 月 日

上記の者は 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。

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印