

# 治癒証明書

市原市立市原小学校

年 組

氏 名

病 名 \_\_\_\_\_

治療期間 平成 年 月 日 ~ 月 日

上記の者は伝染のおそれなくなりましたので、登校可能と認めます。

平成 年 月 日

住 所

医師名

印