

治 癒 証 明 書

市原市立国府小学校

____年

氏名 _____

病名 _____

(疑いも含む)

治療期間

平成 ____年 ____月 ____日～平成 ____年 ____月 ____日

上記の者は、伝染のおそれがなくなりましたので、
登校可能と認めます。

* 学校生活上の注意等

.....
.....
.....

平成 ____年 ____月 ____日

医療機関名

印

保護者名

印