

治 癒 証 明 書

市原市立明神小学校

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、登校を認めます。

年 月 日

住 所 _____

医師名 _____ 印 _____