

治癒証明書

市原市立 白幡 小学校

年 組

氏 名 _____

病 名 _____

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