

治癒証明書

赤磐市立山陽東小学校長様

赤磐市立山陽東小学校 年

氏名 _____

病名 _____

上記疾病の治癒したことを証明します。平成 年 月 日から登校は可能です。

平成 年 月 日

住 所

医師氏名

* 学校処理欄 *

出席停止期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日