

治 療 証 明 書

____年 名前_____

診断名_____

(出席停止期間)

____月 ____日 から加療し、 ____月 ____日 治癒したことを証明します。

平成 ____年 ____月 ____日

三原市立船木小学校長 様

医師名

印