

# 治 癒 証 明 書

真庭市立川上小学校                      年

氏 名 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

上記の者の疾病は治癒しており、伝染のおそれのないことを証明します。

令和              年              月              日

住 所 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_