

# 治癒証明書

名前 様 生年月日 昭和 年 月 日 ( 歳)

病名

上記疾患において、治癒もしくは他人への感染性がなくなったと判断されますので 月 日からの通園・登校を許可します

平成 年 月 日

東京都渋谷区 ○○  
医社) ○○クリニック

医師

印