

# 治癒証明書

桜が丘中学校 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_組 氏名\_\_\_\_\_

☆診断名\_\_\_\_\_

☆出席停止の期間

令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( )

医療機関\_\_\_\_\_

主治医名\_\_\_\_\_印