

治癒証明書

栃木県立特別支援学校宇都宮青葉高等学園校長 様

年 組 生徒氏名

上記の者は、下記疾患のため出席停止であったが、治療の結果治癒したことを証明します。

傷 病 名

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

備 考

令和 年 月 日

医療機関名

(担任 → 保健室)