

感染症治癒証明書

筑波大学附属大塚特別支援学校長 殿

部 組 氏名

1. 病 名 _____

2. 治療期間 月 日 から 月 日 まで _____

上記のとおり治癒したことを証します。

令和 年 月 日

医療機関名

(住 所)

医 師 名

印