

治癒証明書

小木児童クラブ 殿

児童名 : _____

(平成・令和 年 月 日生)

病名 : _____

令和 年 月 日 より 令和 年 月 日 まで

上記疾病加療中のところ

- 全治した
- 伝染する可能性がない

ため、令和 年 月 日 より利用してもよいことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

診察医師

印