

「治療証明様式」

治療証明書

学校名 那覇市立 泊小学校

年 組 氏名 _____

疾病名 _____

上記の児童は病気が治療しており
他への伝染もなく登校してもよい事を
証明します。

平成 年 月 日

病院名

医師名 _____ 印

那覇市医師会・那覇市教育委員会 共通様式