

主治医 殿

帝塚山学院

児童・生徒の病気が完治しましたら、下記の証明書にご記入ください
ますようよろしくお願い致します。

証 明 書

帝塚山学院

幼・小・中・高等部 年 組 氏名

病 名 _____

上記疾病により

平成 年 月 日 から

平成 年 月 日 までの 日間

療養中であったが、主要症状が消退し、もはや感染のおそれがないものと認めます。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印