

# 治 療 証 明 書

平成 年 月 日

多可町立八千代西小学校長 様

医師名

⑩

\_\_\_\_\_年 児童氏名\_\_\_\_\_

上記の児童は、（ ）で

平成 年 月 日 より出席停止のところ、

平成 年 月 日 治癒したことを証明します。