

# 治 ゆ 証 明 書

令和 年 月 日

多可町立杉原谷小学校長 様

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

\_\_\_\_\_ 年

児童氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は( )で

月 日 より 出席停止 のところ、

月 日 治ゆ したことを証明し、

月 日 から 登園校可とします。