

治癒証明書

大阪府立千里青雲高等学校

年 組

(氏名) _____

1. (病名) _____

上記の病症で、平成 年 月 日から
平成 年 月 日までの 日間
治療中であったが、主要症状が消退し、もはや伝染の
恐れがないものと認めます。

平成 年 月 日

主治医 (住所)

氏名

⑩