

治 癒 証 明 書

ノートルダム 附属幼稚園 _____組
清心女子大学

氏 名 _____
生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

病 名 (_____)

出席停止期間 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記疾病の治癒したことを証明いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所

医 師



切ってご使用ください