

令和 年 月 日

主治医 様

和歌山県立きのかわ支援学校

治癒証明書について

貴医療機関にて治療していただいた本校児童・生徒について、状況把握のため、診断名及び治療期間をご記入のうえ、本人を通じ、学校に提出していただけますようよろしくお願いいたします。

なお、下線については切り取らずに提出して下さい。

治癒証明書

和歌山県立きのかわ支援学校長 様

小・中・高 年 氏名

診 断 名	
治 療 期 間	年 月 日 から 年 月 日 ま で

令和 年 月 日

医療機関名
医師氏名