

治癒報告書

東京都立南葛飾高等学校長 殿

_____年_____組 氏名_____

病名 _____

治療期間

_____年_____月_____日～_____年_____月_____日

上記の治療期間で治癒し、登校することを許可します。

_____年_____月_____日

医療機関

医師名 _____ 印