

# 治癒証明書

ハミンモンテッソーリスクール株式会社 御中

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病名 \_\_\_\_\_

上記疾病は、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に治癒し、  
スクール活動に参加することに、差し支えないことを証明します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

サイン または 印