

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