

# 完治証明書

住 所	
氏 名	
生年月日	平成 年 月 日生 ( 歳)
<p>*病名</p> <p>・ 頭書の疾患にて通院加療を行い治癒したことを認める。</p> <p>・ 令和 年 月 日 より通園可と認める</p>	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>印</p>	