

治癒証明書

様

上記の者、下記疾患にて〔平成 年 月 日～ 月 日〕
まで治療していたところ、ここに治癒したことを証明いたします。

〔平成 年 月 日〕

風疹 麻疹 流行性耳下腺炎 水痘 咽頭結膜熱
インフルエンザ その他（
A型 B型

医療機関名

印