

治 癒 証 明 書

名 前 _____

病 名 _____

上記の者、治癒したことを証明いたします。

令和 年 月 日

担当医師

----- き り と り -----

治 癒 証 明 書

名 前 _____

病 名 _____

上記の者、治癒したことを証明いたします。

令和 年 月 日

担当医師