

氏名 \_\_\_\_\_

疾患名 \_\_\_\_\_

1、上記疾患で治療中でしたが、感染の恐れがなくなりました。

2、伝染性の疾患ではなく、集団生活は可能です。

3、その他

上記を証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印