

治癒証明書

氏名 _____

病名 _____

上記の疾患のため治療中であったが、治療の結果
完全に治癒したことを認めます。

平成 年 月 日

医師名 _____ (印)

治癒証明書

氏名 _____

病名 _____

上記の疾患のため治療中であったが、治療の結果
完全に治癒したことを認めます。

平成 年 月 日

医師名 _____ (印)