

# 治癒証明書

氏名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

上記疾患のため加療中であったが、治療の結果完全に治癒したことを認めます。

年 月 日

医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

# 治癒証明書

氏名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

上記疾患のため加療中であったが、治療の結果完全に治癒したことを認めます。

年 月 日

医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_