

証 明 書

氏 名 _____

年 月 日生

病 名 _____

年 月 日より当院に通院療養中です。

経過良好であり、年 月 日から集団生活に支障はないと
思われます。

年 月 日

医療施設名 _____

医 師 名 _____ 印