

# 治 癒 証 明 書

患者名 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_ インフルエンザ \_\_\_\_\_

## 付記

上記の患者は 月 日に当院を受診。すでに治癒し感染するおそれはないため、 月 日から就労可能なことを認めます。

年 月 日

病院名

医師名

印