

社会福祉法人そよかぜ 殿

治癒証明書

(施設利用・通所許可証)

氏 名 _____

住 所 _____

病 名 _____

上記の者は 平成 年 月 日より頭書の疾病のため療
養中のところ、軽快したので 平成 年 月 日 より施
設の利用又は通所しても差し支えないことを証明する。

平成 年 月 日

住 所

医療機関名

医師氏名

印