

年 月 日

太陽歯科衛生士専門学校長 殿

学籍番号 _____ 名前 _____

治癒通知書

病名 _____

期間 _____ 年 月 日 () ~ _____ 年 月 日 ()

上記の通り加療していましたが、集団生活ができる状態になりました。

医療機関名 _____

医 師 名 _____