

# 歯科治療証明書

宇都宮市立

学校長 様

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

## 記

1 治療完了

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
E D C B A	A B C D E
E D C B A	A B C D E
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

2 治療中

3 経過観察

4 指導済み

以上のとおり証明します。

平成 年 月 日

主治医