

治 癒 証 明 書

住 所 _____

学 科 _____

学籍番号 _____

氏 名 _____

昭和・平成 年 月 日生

上記の者は下記の感染症が治癒し、登校に支障がないことを証明します。

1 疾 患 名 _____

2 出席停止期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

配慮事項

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名 _____ 印