

(医療機関記入)

治 癒 証 明 書

(学校において予防すべき感染症)

学 校 名 智学館中等教育学校

生 徒 氏 名 _____ (年次 組)

疾 病 名 _____

出席停止期間 _____ 月 日 ~ _____ 月 日

上記の疾病は、治癒しましたので登校しても差し支えありません。

_____ 年 月 日

医療機関 _____

医師氏名 _____ ⑩