

治 癒 証 明 書

学 年 ・ 組 年 組 番

生 徒 氏 名 _____

診 断 名 _____

発 病 日 _____ 年 月 日

出席停止期間 自 _____ 年 月 日 曜日

至 _____ 年 月 日 曜日

上記の者は、学校保健安全法の基準により、感染症の予防上支障がないと認めましたので登校を許可いたします

年 月 日

医療機関名

医 師 名

