

治癒証明書

明照学園 樹徳高等学校長 様

_____年_____組_____番 氏名_____

※太線内を記入し、病院受診時に持参してください。

学校感染症名 [_____]

上記の生徒は _____ 月 _____ 日より

出席停止となっていましたが、

他に感染のおそれなくなりましたので、

_____ 月 _____ 日から登校可能と認めます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名

印