

# 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