

主治医 殿

淑徳巣鴨中学高等学校
校長 矢 島 勝 広

貴医で治療中のことでしたが、治癒し感染の恐れがないと認められましたら、証明をお願いいたします。

【 治 癒 証 明 書 】

中学 ・ 高校 _____ 年 _____ 組 _____ 番 _____ 氏名 _____

上記の生徒は、病名：_____が、
治癒し感染の恐れがないと判断いたしましたので、登校することを許可します。

【治療期間： _____月 _____日 ～ _____月 _____日】

_____年 _____月 _____日

医療機関名：

医師名：

印

保健室	教務	担任
-----	----	----