

# 治 癒 証 明 書

海城中学校長殿  
海城高等学校長殿

第 学年 組 番

氏 名 \_\_\_\_\_  
年 月 日生

病 名 \_\_\_\_\_

上記の者、頭書の学校感染症が治癒したことを証明します。

治療期間

平成 年 月 日 ( ) ~ 平成 年 月 日 ( )

出席停止を要した期間

平成 年 月 日 ( ) ~ 平成 年 月 日 ( )

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

㊦