

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

年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

出席停止を要した期間

年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

年 月 日

医療機関名

医 師 名

