

主治医殿

麴町学園女子中学校長
麴町学園女子高等学校長 殿

中学・高校 年 組 番

生徒氏名 生年月日 平成 年 月 日

上記の者が貴院にて加療中でしたが、感染のおそれがないと認められましたら、
以下に証明をお願いいたします

治 癒 証 明 書

病名

(※『疑い』の場合はそのようにご記入ください)

罹患期間 平成 年 月 日 ~ 月 日

※特記事項 (連絡事項・注意事項などがありましたらご記入ください)

()

上記疾患により当院にて加療中でしたが、感染のおそれがないと認め、登校を許可します

平成 年 月 日

住所

医師名 _____ (印)

※以下には何も記入しないで下さい

出席停止期間 平成 年 月 日 ~ 月 日

校長印	保健室印	教務印