

治 癒 証 明 書

氏名 _____

_____ 年 月 日生

病名 _____

上記の伝染病が軽快治癒し、かつ学校保健法の
基準による伝染病の予防上、支障がないと認めた
ことを証明します。

年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師氏名

印