

担当医師 殿

大成中学・高等学校
学校長 足立 誠

下記の生徒が伝染のおそれがないと認められましたら、証明をお願いします。

治癒証明書

年 組 氏名
出校停止期間 月 日 () から 月 日 () まで
診断名
上記の疾病で治療中でしたが、治癒したことを証明し登校を許可します。 平成 年 月 日 医療機関名 _____ 担当医師名 _____ 印