

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。  令和 年 月 日  医療機関名 _____  担当医師名 _____ 印