

(医療機関記入)

治癒証明書

(学校において予防すべき感染症)

主治医様

学校において予防すべき感染症で治療をしていただいた生徒に関して、ご記入を
よろしく願いいたします。 常磐大学高等学校長

学校名 常磐大学高等学校

生徒氏名 _____ (年 組 番)

疾病名 _____

発症年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

治癒年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の疾病は、治癒しましたので登校してもさしつかえありません。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関 _____

医師氏名 _____ 印

保護者様 医療機関で、下線部を全て記入していただき、出席停止解除後、最初の登校日に生徒本人から担任に提出してください。(証明書の金額は医療機関によって異なります)

----- 学校記入欄 -----

受理年月日	学年・担任	教務部	保健部