主治医 殿

千葉敬愛高等学校長

治癒証明書 発行のご依頼について

平素、本校生徒の健康管理に、ご配慮を賜り厚くお礼申し上げます。
下記、疾患につき証明書の発行を お願いいたします。

治　癒　証明書

千葉敬愛高等学校　　第＿＿＿学年＿＿＿組　生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、下記の感染症が軽快し、かつ学校保健安全法の基準による感染症予防上支障がないことを証明します。

記

１．疾患名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．出席停止期間　　年　　月　　日

～　　年　　月　　日

年　　月　　日

医療機関名
及び所在地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印