

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 _____ 学年 _____ 組 生徒氏名 _____

下記の疾患で、 _____ 月 _____ 日から療養中のところ、
現在軽快し、他への感染の恐れはないと思われますので、
_____ 月 _____ 日から登校しても支障がないことを証明します。

記

疾患名 _____

年 月 日

医療機関名

及び所在地 _____

医師氏名 _____