

中野西高等学校長

治癒証明書

1. クラス・氏名 年 組 氏名 _____

2. 病名（疑われる病名） _____

3. 出席停止期間 平成 年 月 日 ~ 月 日 _____

4. 主治医の指示内容等

※学校で対応すべき点等ありましたら、お書きください。

上記の者、治療の結果、治癒しましたので登校してもさしつかえないことを証明します。

平成 年 月 日 _____

医師名 _____ 印