

治 癒 証 明 書

長野西高等学校長様

____年 組 番

生徒氏名 _____

上記の者は、学校感染症（ _____ ）で加療の結果、
治癒しましたので、登校可能と認めます。

出席停止期間

____月 日（ ）から ____月 日（ ）まで

平成 ____年 ____月 ____日

医療機関名

医師氏名