

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

____年 ____月 ____日(____)から ____年 ____月 ____日(____)まで

____年 ____月 ____日

医療機関名

医師氏名

印