

学校感染症治癒証明書

氏名 _____

生年月日 年 月 日生

感染症名： _____

療養期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 日間

上記の通り、学校感染症により療養しておりましたが登学可能であることを証明
します。

年 月 日

医療機関名

所在地

担当医師

㊞