

平成 年 月 日

治癒証明書

長野女子高等学校長様

年 組 番

生徒氏名

上記の者の下記疾患は、治癒しており他に感染のおそれはないことを証明します。

記

1 疾患名

2 出席停止期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで

平成 年 月 日

医療機関及び医師名 印