

担当医師様

愛知県立稲沢東高等学校長

治癒証明書について

本校生徒の下記の感染症について、感染症の拡大を予防するため登校に支障がないことを確認いたします。つきましては、お手数をおかけいたしますが、下記の治癒証明書の記入について御協力をお願いいたします。

治癒証明書

平成 年 月 日

愛知県立稲沢東高等学校長 殿

下記の通り証明します。

記

病名 _____

年 組 番 氏名 _____

(*) (年・組・番は保護者が記入してください。)

平成 年 月 日から発病し治療しました。

平成 年 月 日から登校することを認めます。

医師名 _____ 印