

治癒証明書

小山市立小山第二中学校長 様

年 組 番 氏名

上記生徒について、下記の疾患が治癒しましたので、登校可能と認めます。

記

1. 病名（学校感染症）

2. 期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

* 学校感染症と診断された場合、主治医に記入していただき、学校に提出してください。