

日本橋女学館中学校・高等学校長殿

治癒証明書

中・高 _____ 年 _____ 組 _____ 番

氏名 _____

上記の者、下記疾患はほぼ治癒し他に感染の恐れはないことから、通学して差し支えないものと認めます。

記

疾患名 _____

治療期間 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所

医師名

印