

医療機関 担当者様

本校においては、学校保健安全法に定められている感染症に罹患した場合、治癒証明書の提出をお願いしています。
大変お手数をお掛けいたしますが、下記項目にご記入下さいますようお願い申し上げます。

関東第一高等学校 保健室

治癒証明書

年 組 番 氏名

年 月 日生

病名

インフルエンザ (A型・B型)・百日咳・麻疹 (はしか)

流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)・風疹・水痘 (みずぼうそう)

咽頭結膜熱・結核・髄膜炎菌性髄膜炎

その他 ()

発病年月日 令和 年 月 日

治癒年月日 令和 年 月 日

上記の者、令和 年 月 日より登校して差し支えないことを証明する。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印

※連絡事項・注意事項などありましたらご記入ください。

[]