

# 治 癒 証 明 書

昭和女子大学附属 昭和中学校・高等学校

第 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_ 組

氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は、学校感染症 \_\_\_\_\_ のため、

20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

自宅療養をしておりましたが、治癒したことを証明いたします。

20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名・医師氏名

印