

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、

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____ 印