

治 癒 証 明 書

部 第 学年 氏名 _____

病名

上記の疾病で出席停止となっていましたが、医師から当該疾病が治癒（または感染のおそれがなくなった）と診断されましたので、出席停止を解除してください。

発 症 日 令和 ____年 ____月 ____日

出席停止期間 令和 ____年 ____月 ____日 ～ 令和 ____年 ____月 ____日

登校再開日 令和 ____年 ____月 ____日

年 月 日

受診した医療機関名 _____

保護者氏名 _____