

# 治癒証明書

下記の学生は、学校伝染病と診断されていましたが、治癒しましたのでここに証明いたします。すでに感染の恐れはありませんので、通学に関しては差し支えありません。

記

氏名 \_\_\_\_\_ 様

病名	インフルエンザ・麻疹・風疹・水痘・百日咳・咽頭結膜炎(プール熱) 流行性耳下腺炎・結核
	その他の学校伝染病名( _____ )

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

配慮すべき事項	
---------	--

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)