平成　　年　　月　　日

津田学園高等学校校長　様

年　　組 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

出席停止証明書（治癒証明）

上記の生徒は下記疾病が感染の恐れなきまでに治癒したので、登校してもよいことを証明します。

病　　名	
出席停止期間	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日

平成　　年　　月　　日

医療機関名

医　師　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜主治医様へのお願い＞

お手数ですが、「その感染症の予防上支障がない」と認められた場合は、ご記入をいただきますようよろしくお願いいたします。