

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。