

令和 年 月 日

津田学園小学校長 様

年 組 児童名

保護者名

印

治 癒 証 明 書

上記の者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。

記

病 名	
出席停止期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 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、ご記入のほどよろしくお願ひいたします。