

## 学校感染症等治癒証明書

\*インフルエンザを除く

名前 \_\_\_\_\_

下記の期間療養していましたが、感染の恐れもなく、集団生活ができる状態になりました。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

療養した期間 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師 \_\_\_\_\_印