

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