

学校感染症治癒証明書（中高用）

*インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症を除く

（ ）年 （ ）組

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