

治癒証明書

年 組 氏名

罹患している疾患は、学校感染症に該当するおそれがありますので、学校保健安全法の規定により出席停止とします。病気の悪化を防ぎ、他の生徒に広めないためですのでご理解ください。

なお、この場合の欠席は、欠席日数には含みません。

登校の際には、医師により感染の危険性がない旨を下記で証明してもらい、担任へ提出してください。

記

病名 _____

期間 月 日から 月 日まで出席停止をしました。

上記の学校感染症は治癒し、感染のおそれがないので

月 日より登校を認めます。

令和 年 月 日

主治医氏名