

治癒証明書

佐久長聖中学・高等学校長 様

中学・高校 年 組 番

氏名

疾患名 1. 麻疹 2. 風疹 3. 水痘
4. 流行性耳下腺炎 5. 百日咳
6. その他 ()

出席停止期間 平成 年 月 日 より
平成 年 月 日 まで

上記の疾患は治癒しましたので登校可能と認めます。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印