

## 主治医殿

日本大学豊山女子高等学校中学校  
校長 柳澤 一 恵

下記の者、貴医で治療中のことでしたが、治癒し感染のおそれがないと認められましたら、証明をお願いいたします。

記

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 \_\_\_\_番 氏名 \_\_\_\_\_

## 治癒証明書

病名 \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ~ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで、上記の疾患により  
加療中でしたが、治癒し感染のおそれがないと認めます。

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医療機関名

住 所 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_

印