

主治医殿

日本大学豊山女子高等学校中学校
校長 黛 俊 行

下記の者、貴医で治療中とのことでしたが、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