

学校感染症治癒証明書

獨協埼玉中学・高等学校長 殿

中 ・ 高 ____年____組 生徒氏名_____

感染症名 _____

上記の学校感染症が治癒し感染の恐れはないものと認めます。

令和____年____月____日

医療機関名

_____印

(保護者の方へ)

学校感染症が治り登校できるようになったら、この証明書を医療機関に記入してもらい、学級担任に提出してください。