

平成 年 月 日

愛知県立安城東高等学校長殿

治 癒 証 明 書

年 組 氏 名 _____

1 診 断 名

--

2 登校停止期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

上記の疾病は、治癒または感染の恐れがなくなりましたので、登校してよいことを証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名 _____

(ゴム印で可)

保護者名 _____ 印 _____