

治癒証明書

(インフルエンザ以外の学校感染症)

湘南学園小学校

年 _____ 組・出席番号 _____ 児童名 _____
*この欄は保護者をご記入ください

診断名 (_____)

出席停止期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
(* 早退および遅刻した日も出席停止とみなします)

上記疾病は治癒したので、平成 年 月 日より登校可能と
認めます。

平成 年 月 日

医療機関名

医師 氏名 _____ 印