

主治医様

ご多用中おそれいりますが、下記証明書は出席可能になりましたら、  
ご記入の上、保護者にお渡しください。

## 治 癒 証 明 書

高崎健康福祉大学高崎高等学校長 様

年 組 氏 名

疾 患 名 「

出席停止期間 月 日 ~ 月 日

上記の者は、他に感染のおそれなくなりましたので、

月 日から出席してよいと考えます。

備 考

令和 年 月 日

医療機関名

医 師

印