

治癒証明書

東海大学付属市原望洋高等学校長 殿

年 組 番 氏 名

1. 疾患名

2. 治療期間

年 月 日から 年 月 日

上記の者、感染のおそれはないと思われます。登校可能であることを証明
します。

(提出日) 年 月 日

医療機関 -----

医師氏名 _____ 印