

開智日本橋学園中学校・高等学校長殿

治癒証明書

中・高 年 組 番

氏名

上記の者、下記疾患はほぼ治癒し他に感染の恐れはないことから、通学して差し支えないものと認めます。

記

疾患名

治療期間 令和 年 月 日 ~ 月 日

令和 年 月 日

住所

医師名

印