

医師記入（保護者の記入では証明になりません）

治 癒 証 明 書

武蔵野大学 中学校

高等学校

中 ・ 高 _____年_____組_____番

氏名_____

_____年_____月_____日生

病名_____

上記疾患は、_____月_____日に

- ・ 治癒した
- ・ 感染のおそれはない ものと認めます。

（発病日_____月_____日）

出席停止期間_____月_____日～_____月_____日

年 月 日

医療機関名・住所_____

医師氏名_____ 印

保健室記入欄：提出日	／	（ ）	確認者	入力済み
------------	---	------------	-----	------