

治 癒 証 明 書

前橋育英高等学校 学校長 様

年 組 氏名

上記の者は、学校感染症の（ ）が
治癒しましたので、 月 日より登校してよいことを証明
します。

*出席停止期間（ 月 日 ～ 月 日まで）

令和 年 月 日

医療機関名

氏名

印