**治　癒　証　明　書**

保善高等学校長　殿

 　　　　　　　年　 　組　　　番　生徒氏名

診 断 名

発　病 日 　 　　　　　　年　　　　月　　　　日

出席停止期間　自　　　　　　　年　　　　月　　　　日

至　　　　　　　年　　　　月　　　　日

上記の者は、学校保健安全法の基準により、感染症の予防上支障がないと

認めましたので登校を許可いたします

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医　師　名　　　　　　 　　　　 　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認印 | 校 長 | 副校長 | 教 頭 | 校務部長 | 養護教諭 | 担 任 |
|  |  |  |  |  |  |