

証明書(治癒証明含む)

千葉県立柏の葉高等学校長 様

____年 ____組 ____番

生徒氏名_____

記

疾患名_____

上記疾患は感染のおそれなくなり、登校して差し支えないものと認める。

出席停止期間

令和 ____年 ____月 ____日 ~ 令和 ____年 ____月 ____日

令和 ____年 ____月 ____日

医療機関名

医師名_____ 印