

治 癒 証 明 書

令和 年 月 日

主 治 医 殿

岡山県立岡山城東高等学校長

年	組	番	氏名
生年月日		年	月 日生

上記の生徒から、学校保健安全法施行規則第18条に規定されている学校感染症に罹患しているとの届けがありました。

つきましては、治療後「病名」「出席停止の期間」の記入をよろしくお願い申し上げます。

(1) 病名

(2) 出席停止の期間

令和 年 月 日() ～ 令和 年 月 日()

令和 年 月 日

医療機関名

医師名 _____ 印