

# 治癒証明書

東京都立葛飾総合高等学校

年 組 番 氏名

診 断 名

治癒までの期間

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日～ \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

所 見

医療機関名

印

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

学校感染症について、上記証明書を医師に記入してもらい、担任に提出する。

(担任→保健室)