

感染症治癒証明書

東京都立総合工科高等学校 定時制

_____年 組 氏名

病名	
発病	年 月 日
治癒	年 月 日
登校許可	年 月 日 より

年 月 日

医療機関名

医師名

印

学校記入欄

保健室	担任