

年 月 日

中央学院高等学校

校長 様

治癒証明（登校許可）書

学年組番号	第 学年 組 番
生徒氏名	
疾患名	
出席停止期間	年 月 日より 年 月 日まで
備考	(特記事項がある場合はご記入ください)

上記疾患は治癒し、他に感染の恐れがないので登校しても差し支えないものと認める。

年 月 日

医療機関名

医療機関電話番号

医師名 _____ (印)