

平成 年 月 日

中央学院高等学校
校長 様

治 癒 証 明 書

学年組番号	第 学年 組 番
生徒氏名	
病名	
治療期間	平成 年 月 日より 平成 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くなり登校しても差し支えないものと認める。

病院名

医師名 _____ (印)