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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞