

治癒証明書

千葉県立木更津東高等学校

年 組 番 氏名 _____

疾患名 _____

治療期間 平成 年 月 日から 月 日

上記の者は感染の恐れがなくなりましたので、登校可能と認めます。

平成 年 月 日

医師名 _____ 印