

様式2

担当医 殿

錦城学園高等学校
校長 樹下 俊之介

証明依頼書（インフルエンザを除く）

学校における感染症の蔓延を予防するため、学校保健安全法の基準により
感染症罹患生徒の登校について証明していただきますようお願い致します。

キ リ ト リ セ ン

治癒証明書

錦城学園高等学校
学校長 殿

年 組 氏名 _____

上記の者、 _____ のため

_____ 月 _____ 日より _____ 月 _____ 日までの登校を禁止とします。

上記の学校感染症は治癒し _____ 月 _____ 日より登校を許可します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師氏名

印

学校 記入欄	出席停止期間 _____ 月 _____ 日 () ~ _____ 月 _____ 日 ()	担任印
-----------	---	-----