

担当医 殿

沖縄カトリック中学高等学校

本校生徒への御加療、誠にありがとうございました。

お手数ですが、治療が終わりましたら以下に御記入をお願いいたします。

.....

治 癒 証 明 書 (登校許可)

氏 名 : _____

病 名 : _____

期 間 : 平成 年 月 日 ~ 月 日

上記疾病の治癒したことを証明いたします。

_____ 月 日から登校可能です。

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	担任印
	月 日 () ~ 月 日 ()	