

主治医様

学校(園) 池袋第一小学校

学年 組・氏名

生年月日 年 月 日生

上記の者について、感染のおそれがないと認められましたら、証明をお願いいたします。

治療証明書

病名 ()

上記の疾患による感染のおそれがないと認めます。

令和 年 月 日

校(園)長様

医療機関名

医師名

(注) ◎保護者の方へ

1. 文書料は医療機関により異なる場合があります。詳しくは、受診される医療機関へお問い合わせください。
2. 治療後、登校する際に本用紙を学校にご持参ください。