

主 治 医 様

豊島区立椎名町小学校 学校長

____ 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 癒 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。