

主 治 医 様

学校（園）

学年 組・氏 名 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。

## 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。