

兵庫県立西脇高等学校長様

学校感染症治癒による登校証明書

受診者	年組氏名
病名	

備考

上記の者、平成 年 月 日より平成 年 月 日まで療養中のところ、予防上支障がないと認められましたので登校してもよいことを証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印