

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 名 前
病 名	

備 考

上記の者、令和 年 月 日より令和 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。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印