**証　明　書**

明誠学院高等学校　　　　　年　　　　組　　　　番

氏　名

住　所

生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日生

病　名（学校保健安全法第１９条の伝染病について記載）

付　記　 入院期間　　　　年　　月　　日　~　　年　　月　　日

　　　　自宅療養期間　　 年　　月　　日　~　　年　　月　　日

上記の者は　　年　　月　　日以降は登校してもさしつかえありません。

　　年　　月　　日

医療機関住所

医師氏名印