

# 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 \_\_\_\_\_