

治 癒 証 明 書

東京学館船橋高等学校

年 組 番

(普通科・情報処理科・食物調理科・美術工芸科)

氏 名 _____

病 名 _____

治療期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

上記の疾病が治癒し、伝染のおそれのないことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

印