

治癒証明書

新島学園中学校・高等学校長 古畑 晶 様

中学__年__組__番 氏名_____

高校__年__組__番 氏名_____

病 名()

上の者は__月__日より出席停止となっていましたが、他に感染の恐れが
なくなりましたので__月__日より出席してよいと考えます。

備 考

年 月 日

医療機関名

医 師 名

印