

# 証 明 書

学年 組

氏名

病 名

上記の疾患により、

平成 年 月 日 から 平成 年 月 日

までの 日間、療養中であったが、主要症状が消退し、伝染のおそれがないものと認めます。

平成 年 月 日

医 師

住 所

氏 名 印

注：この様式については県教育委員会で協議したものである。