

学校感染症治癒通知書

中・高 第_____学年_____組

生徒名 _____

疾患名 _____

療養期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

上記の者、学校感染症に罹患しましたが、治癒し感染の恐れがないものと認めます。

令和 年 月 日

医療機関名

又は医師名

印

広島城北中・高等学校長 様