

感染症治癒証明書

【医療機関記入用】

筑波大学附属大塚特別支援学校長 殿

幼・小・中・高 _____ 組・年 _____ 氏名 _____

1. 疾患名 _____

2. 治療・出席停止期間 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

上記疾患について治癒したことを証し、登園・登校を許可します。

年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

住所

医師名