

校長		教頭		運営		保健		担任	
----	--	----	--	----	--	----	--	----	--

証 明 書

三重県立石薬師高等学校

年 組 席

名前

上記の者、学校において予防すべき伝染病「」にて
平成 年 月 日～平成 年 月 日まで、
加療中のところ、伝染のおそれなくなるまでに治癒したので、登校して
さしつかえないことを証明する。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

* 主治医様

ご面倒ですが、上記に必要事項を記入の上、該当生徒または保護者に
持たせていただきますようお願いいたします。