

全治証明書（伝染病）

島根県立浜田高等学校

年 組 氏名

（住所）

1. 病名

2. 出席停止期間 自 平成 年 月 日

至 平成 年 月 日

上記の通り（病院・自宅）において安静・加療し，全治したことを
証明します。

平成 年 月 日

主治医

お手数をおかけいたしますが，ご記入いただき
ますようよろしくお願いいたします。