

# 学校感染症治癒証明書

広島工業大学高等学校長 様

名前 \_\_\_\_\_

1. 病 名 \_\_\_\_\_

2. 期 間 \_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

上記理由で加療していましたが、感染のおそれもなく、集団生活ができる状態となりました。

年 月 日

医療機関名  
医 師 名

印