

治 療 証 明 書

※コース（○で囲んでください。）

〔 中学
編入 _____ 年 _____ 組 _____ 番
スポーツ 〕

氏 名

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上 記 の 者 は

※病名（○で囲んでください。）

〔 インフルエンザ ・ 百日咳 ・ 麻疹 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 風疹
水痘 ・ 咽頭結膜熱 ・ 結核 ・ 腸管出血性大腸菌(O157)感染症
流行性角結膜炎 ・ 急性出血性結膜炎・髄膜炎菌性髄膜炎・感染性胃腸炎
その他の感染症（ _____ ） 〕

に感染のため

_____ 月 _____ 日 より加療中のところ、
_____ 月 _____ 日 をもって完治したので、

感染のおそれがないことを証明いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師 名

印

智辯学園和歌山高等学校

学校長 藤 田 清 司 殿