

治 癒 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。）

〔 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 ・ 感染性胃腸炎
急性出血性結膜炎 ・ 髄膜炎菌性髄膜炎
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。

_____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