

治 癒 証 明 書

.....年.....組.....番

氏 名

平成.....年.....月.....日生

上 記 の 者、

※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

智辯学園和歌山中学高等学校

校 長 児 島 伸 介 殿