

# 治 癒 証 明 書

中学 .....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。）

（ 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

智辯学園和歌山中学校

校 長 鳥 居 裕 史 殿