

(学校提出用)

No. _____

治 ゆ 証 明 書

学 校 名 茨城県立牛久栄進高等学校

生 徒 氏 名 _____ (年 組)

病 名 1. 水 痘
 2. 流行性耳下腺炎
 3. 風 疹
 4. 麻 疹
 5. インフルエンザ () 型
 6. その他 ()

発病年月日 _____ 年 月 日

治ゆ年月日 _____ 年 月 日

上記の疾病は、医療機関名 _____

において治療を受け、登校しても差し支えないと確認をとりました。

年 月 日

保護者氏名 _____ 印

* 通院を証明するものとして、領収書または薬袋のコピー等を添付して下さい。