

治 癒 証 明 書

(病院の証明書の添付でも可)

千葉県立松戸馬橋高等学校

クラス 年 組 番

生徒氏名_____

上記生徒について、感染のおそれなく、登校は支障のないものと認めます。

記

1. 疾患名_____

2. 治療期間

平成 年 月 日～平成 年 月 日まで

医師氏名_____ 印

※担任記入欄 (記入後、保健室に提出して下さい)

①担任氏名_____

②出席停止期間

平成 年 月 日～平成 年 月 日まで