

保護者 殿

茨城県立岩瀬高等学校

治癒証明書について

申し出がありました感染症については、他生徒への蔓延を防ぐため、学校保健安全法により出席停止となります。医師の指示に従い、感染症の予防上支障がなくなるまで登校しないようお願いします。

なお、下記の治癒証明書に保護者が記入し、医療機関の診療費明細書等のコピーを裏に添付し、登校時に必ず提出してください。

治癒証明書（保護者記入）

1 生徒氏名 _____ 年 _____ 組 _____ 番・氏名 _____

2 診断名 _____

3 出席停止期間（医師より指示された期間）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ）から

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ）まで（ _____ 日間）

4 受診した医療機関名 _____

上記の感染症でしたが、登校に支障がないまで治癒したことを報告します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印