

平成 年 月 日

八王子高等学校 御中

学校伝染病治癒証明書

生徒氏名： _____

病名： _____

受診（発病）年月日： 平成 年 月 日

治癒年月日： 平成 年 月 日

上記の者は

1. 感染の恐れがなくなりましたので、
2. 治癒したので、

登校を許可します。

（番号を で囲んでください）

病院名： _____

医師名： _____

年 組 番

生徒氏名： _____

保護者氏名： _____