

学校感染症治癒証明書

富山県立富山いずみ高等学校

学年 組

氏名 _____

病名 _____

上記の疾患により、

令和 ____年 ____月 ____日 から 令和 ____年 ____月 ____日 までの

____日間、療養中であったが、主要症状が消退し、感染

のおそれがないものと認めます。

令和 ____年 ____月 ____日

医 師

住 所

氏 名 _____ 印