

医師記入（保護者の記入では証明になりません）

治 癒 証 明 書

武蔵野大学 中学校

高等学校

中 ・ 高 _____年 _____組 _____番

氏名 _____

_____年 _____月 _____日生

病名 _____

上記疾患は、_____月_____日に

- ・ 治癒した
- ・ 感染のおそれはない ものと認めます。

（発病日_____月_____日）

出席停止期間_____月_____日～_____月_____日

年 月 日

医療機関名・住所 _____

医師氏名 _____ 印