

# 治 癒 証 明 書

東京家政大学附属女子中学校・高等学校長 殿

中学・高校 学年 組 番

氏 名 .....

住 所 .....

生年月日 平成 年 月 日

保護者氏名 .....

病 名 \_\_\_\_\_

上記の疾病のため

.....月 日( )より .....月 日( )まで (延日数 日)

休養を必要としたことを証明します。

本日、治癒したことを認め、通学を許可します。

.....令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

担 任 チェ ッ ク 欄		担 任 印	学 年 主 任 印	教 務 印
延日数： 日	実日数： 日			