

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	教務主任印
延日数： 日	実日数： 日			