

令和 年 月 日

担当医師 様

兵庫県立尼崎稲園高等学校長

学校感染症証明依頼について

標記の件、公私ご多用のところ申し訳ありませんがよろしくお願ひ申し上げます

.....き.....り.....と.....り.....

登 校 証 明 書

兵庫県立尼崎稲園高等学校

年 組 氏名 _____

病名 _____

上記の者、令和 年 月 日より令和 年 月 日まで頭書の
疾病により療養中のところ、予防上支障がないことを認められましたので、登
校してもよいことを証明します。

令和 年 月 日

医 師 _____ 印