

証 明 書

梅花中学校
梅花高等学校

_____年_____組_____番

生徒氏名_____

(病 名)_____

上記の感染症で、_____年_____月_____日から_____年_____月_____日まで
_____日間、療養中でしたが、主要症状が消退し、もはや伝染のおそれがないものと
認めます。

_____年_____月_____日

病院名 _____

医師氏名 _____ 印