

治 癒 証 明 書

千葉県立天羽高等学校

.....年.....組 氏名.....

病 名

療養期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記の者は、感染の恐れがなくなりましたので登校可能と認めます。

令和 年 月 日

医療機関名.....

医師氏名印