

# 学校伝染病等治癒通知書

令和 年 月 日

比治山女子中学・高等学校長 様

中学 ・ 高校 年 組 番 生徒名

病名

上記の病気で加療していましたが、感染のおそれもなく、集団生活ができる状態になりました。

なお、令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで

自宅療養を要したことを認めます。

医療機関名

医師

印