

担 当 医 殿

愛知県美容業生活衛生同業組合  
中 部 美 容 専 門 学 校  
理 事 長 中 尾 博 志

本校生徒がお世話になり、ありがとうございました。  
お手数ですが、治療が終わりましたら以下にご記入をお願いいたします。

---

## 治 療 証 明 書

氏名 : \_\_\_\_\_

病名 : \_\_\_\_\_

期間 : 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記疾病の治癒したことを証明いたします。

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から登校可能です。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

学 校 記 入 欄	出席停止期間 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )	担任印
--------------	-----------------------------	-----