

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 山 本 幸 助

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 : 平成 _____ 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。

平成 _____ 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
--------------	-----------------------------	-----