

教 務	保 健

令和 年 月 日

兵庫県立伊丹北高等学校長 様

「学校において予防すべき感染症」治癒報告書

年 組 番 生徒名 _____

保護者名（自署） _____

病 名

受診した医療機関名： _____

令和 年 月 日（ ）から上記の疾病により療養中のところ、予防上支障がないと医師から認められる状態になりましたので、令和 年 月 日（ ）より登校させます。

日付と薬の名前が分かる
薬袋等のコピーと一緒に
本証明書を提出

