

## 学校感染症治癒通知書

広島市立沼田高等学校長 様

年 組 生徒名

病 名

加療期間（出席停止期間）令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

上記の理由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。

令和 年 月 日

医療機関名・医師名

印

医療機関による証明が難しい場合

上記の内容を確認しました 保護者名

印