

主治医殿

学校(園) 豊島区立千早小学校

学年 組 氏名

年 月 日生

上記の者が貴医に加療中でしたが、伝染のおそれがないと認められましたら、証明をお願いいたします。

証 明 書

病 名 ()

上記の疾患により加療中でしたが、伝染のおそれがないと認めます。

平成 年 月 日

校(園)長 殿

医療機関名
医 師 名

(注) ◎保護者へ

- 1 この証明書には医療費とは別に500円の証明料が必要です。
- 2 この証明書は、豊島区医師会員のみが発行します。その他の医療機関にかかれる場合は、証明料が異なる場合があります。