

主治医殿

学校（園） 豊島区立仰高小学校

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

- 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。
- 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。