主　治　医　殿

学校　　豊島区立要小学校

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。

豊島区立要小学校長　様

医療機関名
医　師　名

（注）◎保護者の方へ

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。そのほかの医療機関にかかられる場合は、証明料が異なる場合があります。

№43