

主治医 殿

学校（園）

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) ◎保護者のかたへ

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られる場合は、証明料が異なる場合があります。