

証 明 書

大阪府立枚岡樟風高等学校

____年 ____組 ____番 氏名_____

(病名) _____により、

平成 ____年 ____月 ____日 より 平成 ____年 ____月 ____日 まで

療養中でしたが、もはや感染の恐れがないものと認めます。

平成 ____年 ____月 ____日

医療機関名

医師名

印