治癒証明書

大阪府立千里青雲高等学校

年　　組　　番

（名前）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．（病名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の病症で、令和　　年　　月　　日から
令和　　年　　月　　日までの　　日間
治療中であったが、主要症状が消退し、もはや感染の恐れがないものと認めます。

令和　　年　　月　　日

主治医（住所）

医師名　　㊞