

年 月 日

成田高等学校長
同附属中学校長 様
同附属小学校長

所在地

病院名

医師名

証 明 書

小・中・高 年 組 番

氏名

住所

上記の者、 により 月 日より 月 日まで

治療していましたが、他人への感染のおそれがなくなつたと判断されますので、

月 日より登校できることを証明いたします。