

主治医様

熊本県立甲佐高等学校

年 組 号 氏名

上記の生徒の学校伝染病罹患の証明をお願いいたします。

熊本県立甲佐高等学校長

切り離さないでください

学校伝染病罹患証明

1 診断名

2 出席停止期間 令和 年 月 日～ 月 日

3 その他指導事項等

令和 年 月 日

医療機関名

ご氏名

印