

受付 令和 年 月 日

主治医 様

熊本県立熊本西高等学校

年 組 号 氏名

私の疾患について証明くださいますようお願いいたします。

罹 患 証 明 書

< 診断名 >

※学校生活において配慮を要する点があればご記入ください。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印

報告について

☆テストが受検できない時

保護者（本人）→担任→教務（コピー）、保健室（原本）

☆体育授業がケガなどで参加できない時

保護者（本人）→担任→体育科（コピー）、保健室（原本）