

主治医 様

熊本県立松橋高等学校長

証明書記入の依頼について

かねてより、本校の教育に御理解、御協力を賜りお礼申し上げます。

さて、下記生徒につきまして、学校生活、保健管理面で必要ですので、御多用中恐れ入りますが、御記入いただきますようよろしくお願いいたします。

記

年 組 号 生徒名

1 診断名
2 初診日 令和 年 月 日 () 曜日
3 出席停止を要する期間 令和 年 月 日 () 曜日から 令和 年 月 日 () 曜日まで 日間
4 その他
令和 年 月 日 医療機関名 医 師 名 印