

熊本県立松橋高等学校

年 組 号 氏名

主治医 様

熊本県立松橋高等学校長

罹患証明書記入の依頼について

平素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、上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。

罹 患 証 明 書

1 診断名

2 受診日

年 月 日 ()

3 出席停止を要する期間

年 月 日 () から

年 月 日 () まで 日間

(その他:)

4 留意事項など

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印