

受診証明書

医療機関 各位

熊本県立大津高等学校 ()年()組()号 氏名 () ※証明が必要な理由(該当する項目に○印) ()受診の証明(定期考査中の欠席証明) ()運動制限などの証明 ※上記の欄は、生徒本人が記入のこと

上記の理由で必要ですので、受診の証明をお願いします。

1 診断名

2 診断日 年 月 日

3 学校保健安全法による「出席停止」の要・不要

() 要 (月 日から 月 日まで)
() 不要

4 運動制限の要・不要など

() 要 (期間や内容など:)
() 不要

5 その他(配慮を要する指示事項など)

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印

※報告については ○「定期考査中」の場合、 <table border="1"><tr><td>本人・保護者</td><td>→</td><td>担任(原本)</td><td>→</td><td>教務部考査係(コピー)</td></tr></table> ○運動制限「要」の場合、 <table border="1"><tr><td>本人・保護者</td><td>→</td><td>担任(原本)</td><td>→</td><td>保健体育科(コピー)</td></tr></table>	本人・保護者	→	担任(原本)	→	教務部考査係(コピー)	本人・保護者	→	担任(原本)	→	保健体育科(コピー)
本人・保護者	→	担任(原本)	→	教務部考査係(コピー)						
本人・保護者	→	担任(原本)	→	保健体育科(コピー)						