

主治医 様

熊本県立八代東高等学校

り患・治癒証明について（お願い）

検診結果を今後の保健指導・健康管理にいかしたいと思いますので、お手数ですが下記により証明のうえ生徒へお渡し願います。

記

り患・治癒証明書

生徒氏名 年 組 号 生徒氏名

1 診断名 ()

上記の診断名におきまして、学校保健安全法第19条にかかわる疾病であり、出席停止の処置が必要でしょうか。

2 出席停止の処置が (必要である ・ 必要ない)

3 療養期間 令和 年 月 日 ～ 年 月 日

4 学校における注意事項 []

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印

学 校 長 様

※生徒は診察結果を担当の先生に必ず提出すること