

医師各位

熊本県立八代東高等学校長

診察結果を今後の保健指導・健康管理に活かしたいと思っておりますので、お手数ですがご記入のうえ生徒へお渡し願います。

## 受診証明書

年 科 組・コース 号 氏名

1 診断名 ( )

2 受診日 令和 年 月 日 ( )

3 学校保健安全法による「出席停止」の要・不要について

( 必要 ・ 不要 )

4 療養期間 ※出席停止の場合は出席停止を要する期間

( 月 日 ~ 月 日 )

5 学校生活における注意事項

( )

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印