

校 長	副校長	教 頭	教務部	保健部	担 任

主治医 様

熊本県立湧心館高等学校長

定期考査にかかる証明書記入のお願い

日頃から本校の教育に御理解と御協力を賜り、心から感謝申し上げます。

さて、下記生徒につきまして、定期考査にかかる証明書を必要といたしますので、御多用中誠に恐れ入りますが、御記入いただきますようよろしくお願い致します。

記

熊本県立湧心館高等学校（定時制）

生徒名 _____

1 傷病名

2 学校での休みを必要とする期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印