

【様式：補充2】医療機関→生徒→学校

医療機関 様

熊本県立湧心館高等学校長

証明書記入の御願い

日頃より、本校の教育活動に御理解と御協力をいただき感謝申し上げます。
さて、該当生徒につきまして、学校生活・健康管理面で、証明書を必要といたします。御多用中誠に恐縮に存じますが、御記入いただきますよう御願い申し上げます。

() 年 () 組 生徒番号 ()

生徒氏名 ()

1 病 名

--

2 休養を要する期間

令和 () 年 () 月 () 日
～ () 月 () 日 () 日間

3 特に学校が配慮すること等

--

令和 () 年 () 月 () 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印