

【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