主治医　殿

東海学園高等学校
学校長　三浦　友久

下記の生徒について、証明して頂きますようお願い申し上げます。

学校感染症の診断及び証明書

年　　組　　番　　生徒氏名

１．　病名

２．　出席停止を必要とする期間

年　　月　　日　より　　年　　月　　日　まで

３．　その他の注意事項

上記の記載事項に相違ないことを証明する。

年　　月　　日

医療機関名

医師名　　印