

主治医 殿

東海学園高等学校
学校長 星野 清明

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