

主治医殿

福岡県立修猷館高等学校

年 組 番

生徒氏名

保護者氏名

印

下記について記入をお願いいたします。なお、この証明書は、学校保健安全法第19条に係る出席停止の取扱いなど、学校へ提出するものです。

証明書

診断名

初診日

平成

年

月

日

療養が必要と思われる期間

平成

年

月

日

～平成

年

月

日

【 】日間

平成

年

月

日

医療機関名

所在地

医師名

印

※学校確認欄

	担任	学年主任	教務課長	教務部長
回 覧				

(養護教諭)