

傷病証明依頼書

令和 年 月 日

担当医師 様

大牟田高等学校 校長 天河晃洋

下記の生徒について証明をお願いいたします。

記

_____科 _____年 _____組 氏名：_____

連絡先：大牟田高等学校 大牟田市草木852番地 TEL：0944-53-5011

----- 切り取り線 -----

傷病証明書

令和 年 月 日

学校長 様

_____科 _____年 _____組 氏名：_____

【感染症の種類】

病名： _____

備考：

登校許可日： 月 日

上記の通り証明します。

担当医師 氏名 _____^①