主治医　様

八代白百合学園高等学校

出席停止に係る証明書記入の依頼について

かねてより、本校の教育に御理解、御協力を賜りお礼申し上げます。

さて、下記生徒につきまして、学校生活、保健管理面で必要ですので、ご多用中恐れ入りますが、ご記入いただきますようよろしくお願いいたします。

記

　　　年　　　組　　　号　　生徒名

|  |
| --- |
| 1. 診断名
 |
| 1. 初診日

令和　　　年　　　月　　　日（　　　）曜日 |
| 1. 出席停止を要する期間

令和　　　年　　　月　　　日（　　　）曜日から令和　　　年　　　月　　　日（　　　）曜日まで　　　　　　　日間 |
| 1. その他
 |
| 令和　　　年　　　月　　　日　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　　印　　 |