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
２、初診日 令和　　年　　月　　日（　　）曜日
３、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
４、その他
令和　　年　　月　　日 医療機関名 医　師　名　　印