

担当医 殿

錦城高等学校
校長 松林 博之

証明依頼書

学校における感染症の蔓延を予防するため、学校保健安全法の基準により
感染症罹患生徒の登校について証明していただきますようお願い致します。

キ リ ト リ セ ン

治療証明書

錦城高等学校
学校長 殿

第 学年 組 番 氏名

1、診断名

2、出校停止期間

年 月 日 ~ 年 月 日

年 月 日

医療機関名

住 所

医師名

印