

主治医 殿

令和 年 月 日

敬愛学園高等学校長

証明書 発行の ご依頼について

平素、本校生徒の健康管理に、ご配慮を賜り厚くお礼申し上げます。

本校生徒が、診断・治療を受けましたことについて、その後の事後処置や保健指導のために、下記の証明書の発行を お願いいたします。

なお、下記 診断内容が、学校保健安全法に定める感染症の場合、この「証明書」における「治療期間」によって、「出席停止」として扱う期間を確認させていただきます。

令和 年 月 日

証 明 書

敬愛学園高等学校 第_____学年_____組 生徒氏名_____

上記の生徒を、下記の通り 診断・治療しました。

記

1. 診断名_____

2. 治療期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

(上記診断が感染症の場合は、この治療期間を出席停止期間として扱います)

3. 転 帰 治癒 ・ 軽快 ・ 継続治療 ・ その他_____

4. 保健指導上の留意点 (学校行事や部活動、体育参加のほか、日常の学校生活上に、配慮を必要とする事などについても ご教示ください)

医療機関名
及び所在地 _____

医 師 名 _____ 印