

主治医 様

敬愛学園高等学校
学 校 長

証明書 発行の依頼について

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・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
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