

校長	教頭	教務

学校伝染病の疑いによる通院証明書

_____年 _____月 _____日

佼成学園女子中学高等学校長 殿

中学・高校 _____年 _____組 _____番

氏名 _____

上記の生徒が学校伝染病の疑いで受診しました。診察の結果、感染はありませんでした。
(※法定伝染病名 _____)

受診年月日 平成 _____年 _____月 _____日

医療機関名

医師氏名 _____ (印)

連絡事項・注意事項などございましたら、ご記入願います。

※受診日は出席扱いとなります。