

主治医の先生へ

徳島県立小松島高等学校長

学校保健安全法 19 条の規定により，学校において予防すべき感染症と診断された場合は，出席停止の措置をとることになっております。

お手数をおかけしますが，次の項目についてご記入をお願いします。

証 明 書

_____HR 生徒氏名_____

1. 診断名_____

2. 治療期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記の者は， 月 日より，登校して差し支えありません。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印