

担当医 様

福山暁の星女子中学・高等学校
校長 山 口 道 晴

学校において予防すべき感染症に関する証明書について（お願い）

日頃より本校の教育活動に深いご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。また、本校生徒の学校において予防すべき感染症の診察・治療に関しまして、格別のご配慮をいただき、深く感謝申し上げます。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ですが、下記「証明書」にご記入いただき、保護者にお渡しくださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

----- (切り取り線) -----

証 明 書

_____年_____クラス 生徒名_____

上記の生徒は、(病名 ; _____) のため、

_____年 _____月 _____日 (_____) から治療・療養していましたが、

_____年 _____月 _____日 (_____) より登校に支障がないことを証明します。

医療機関名	_____年 _____月 _____日
-------	----------------------