

医療機関記入欄

診察結果のお知らせ

氏名

上記の者は の病名により

約 日間の安静・加療を必要とすることを証明します。

<付記>

治療開始年月日 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印

学校記入欄

愛媛県立野村高等学校

校長	教頭	教務課長	養護教諭	担任

(回覧後は教務課保管)

年 組 番 氏名

(出席停止 ・ 欠席) 期間

月 日() ~ 月 日()