

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 平成 年 月 日

平成 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

年 組 番 氏 名

出席停止期間 月 日() ~ 月 日()