

疾病治療
精密検査

証明書

| | | |
|---|----|--------------|
| 学年 組 | 氏名 | |
| 疾病異常 | | |
| 精密検査 | | |
| 指示・指導要項 期間 平成 年 月 日(曜日)から 平成 年 月 日(曜日)まで | | 登校停止期間 日間 |
| 処置状況 登校許可 平成 年 月 日 現在治療の必要なし 治療・中止・転医 | | |
| 平成 年 月 日 住所 医師名 | | |

疾病治療、精密検査が終了した時は、本証明書を担任を通じて保健室に提出して下さい。