

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 令和 年 月 日(曜日)から 令和 年 月 日(曜日)まで		登校停止期間 日間
処置状況 登校許可 令和 年 月 日 現在治療の必要なし 治療・中止・転医		
令和 年 月 日 住所 医師名		
(印)		

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。