

令和 年 月 日

主治医 様

福島県立修明高等学校長
(鮫川校)

日頃より、本校生徒がお世話になっております。大変お忙しいところ申し訳ございませんが、下記生徒の傷病等についてご記入下さいますようお願いいたします。

証 明 書

年 生徒氏名

傷病名

上記の傷病にて令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
安静加療（感染拡大のおそれがある期日）を要します。

上記のとおり証明いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名 印