

# 治 療 証 明 書

( ) 年 ( ) 組

氏 名 ( )

診断名

出席停止の期間

平成 年 月 日 ( ) ~ 平成 年 月 日 ( )

※翌日からは登校が可能

【学校への指示事項がありましたらご記入ください】

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印