

(様式1-5-2)

疾病証明書

令和 年 月 日

福岡県立香住丘高等学校長 殿

() 年 () 組 () 番

生徒氏名

保護者等氏名 (自署)

生年月日 年 月 日

1 病名 (症状等) :

2 加療期間: 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()

3 備考

--

上記の記載事項に相違ないことを証明いたします。

医療機関名

医 師

印

- ※医証等を裏面に添付することも可
- ※怪我等の場合も本届で証明可
- ※本届は提出後、教務課にて保管