

(様式1-5)

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

(生年月日 年 月 日)

保護者等氏名(自署)

1 病名(症状等) :

2 加療機関: 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します。

医療機関名

医師(自署)

※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、教務課で保管