

(様式1-5)

# 疾病証明届

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 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します。

医療機関名

医師(自署)

※診断書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