

傷病証明依頼書

令和 年 月 日

担当医師 様

藤井寺市立第三中学校長

下記の生徒について証明をお願いいたします。

年 組 氏名

連絡先

藤井寺市立第三中学校

藤井寺市林1-2-1

☎ 072-938-0040

ダウンロード用

傷病証明書

令和 年 月 日

学校長 様

年 組 氏名

感染症の種類	百日咳・麻疹・流行性耳下腺炎・風疹
	水痘・咽頭結膜熱・結核
	髄膜炎菌性髄膜炎・流行性角結膜炎
	急性出血性結膜炎・腸管出血性大腸菌感染症
	その他()

登校許可日 月 日

上記の通り証明します。

担当医師名

印