

治癒証明書

主治医 殿

この度は本校の生徒がご高診賜りましてありがとうございます。ご多忙のところお手数をおかけしますが、治癒証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

愛知産業大学三河高等学校

_____年 4・10 月生

氏名 _____

出席停止の理由

(診断名) _____

出席停止期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

上記の通り、証明いたします。

_____年 _____月 _____日

医療機関

及 び

医師氏名 _____ 印

【注意】

医師の証明は一部の医療機関で文書料が発生することがあります。

医療機関で用意されている無料の証明書がある場合はその証明書を提出して下さっても構いませんが、「出席停止期間」が記入されていることをご確認ください。