

傷病証明依頼書

令和 年 月 日

担当医師 様

藤井寺市立道明寺中学校長

下記の生徒について証明をお願いします。

記

年 組 氏名

連絡先

藤井寺市林6丁目2番21号

072-939-7110

傷病証明書

令和 年 月 日

学校長 様

年 組 氏名

感 染 症 の 種 類	インフルエンザ（A・B）・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 腸管出血性大腸菌感染症・急性出血性結膜炎 その他（ ）
備 考	

登校許可日 月 日

上記の通り証明します。

担当医師氏名

印

キ
リ
ト
リ
セ
ン