

医療機関各位

成女学園中学校長
成女高等学校長
大橋 節子

学校感染症に関する証明書発行のお願い

記載生徒について、学校感染症による出席停止に関する下記の証明書を発行くださいますよう、お願い致します。

生徒氏名 (中・高) 年 組 _____ (保護者記入)

証明書

_____年____月____日

成女学園中学校・成女高等学校長 殿

病名 _____

(発病 年 月 日)

_____年____月____日から登校しても支障のないものと認めます。

医療機関名 _____

ご担当医師名 _____ 印