

主治医殿

平塚学園高等学校
学校長 大澤一仁

依 頼 書

本校ではインフルエンザと診断された生徒に対し、出席停止の措置を行います。お手数ではございますが、下記の証明書にご記入くださるようお願い申し上げます。

証 明 書

平塚学園高等学校

年 組 氏名

病名 インフルエンザ 型

期間 年 月 日 ~ 年 月 日

記入日 年 月 日

所在地

医療機関名

担当医師名

印