

主治医 殿

平塚学園 高等学校
学校長 大澤 一 仁

依 頼 書

本校では感染症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

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

保護者名

※保護者名の場合、内服薬の処方の写しを添えて提出してください。