

令和 年 月 日

主治医 殿

福岡県立鞍手高等学校長

学校感染症疑いの診断のお願い

下記の生徒におきましては、学校感染症の疑いがありますので、ご診断くださいますようお願いいたします。つきましては、誠に恐縮ですが、必要事項を記入して頂き、本人へお渡しくくださいますよう、よろしくをお願いいたします。

年 番 氏 名 _____

記

福岡県立鞍手高等学校長 殿

学校感染症疑いの診断についての証明

病 名 _____

期 間 _____ 月 _____ 日()より _____ 月 _____ 日()

までの _____ 日間

以上の期間、安静治療を要することを証明します。

平 成 年 月 日

病 院 名

担当医師

印