

# 傷 病 通 知 書

兵庫県立有馬高等学校長 様

年 組 番 生徒名

傷病名 ( )  
頭書の傷病により 月 日 より 日間

☐

加療を要します。

☐

体育活動を禁止して下さい。

制限事項・配慮すべき事項など

令和 年 月 日

保 護 者 名

印

考 査 : 本人 → クラス担任 → 教務部

体 育 : 本人 → 保健体育科

※ 日付のわかる病院受診の領収書又は薬袋等を添付してください。