

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。