

令和 年 月 日

主治医 様

兵庫県立三田西陵高等学校長

学校感染症に係わる登校証明書について（依頼）

標記の件につきまして、誠にお手数ですが下記によりご証明くださいますようお願い申し上げます。

登校証明書

_____年_____組_____番 氏名_____

病名_____

上記の者、令和_____年_____月_____日から_____月_____日まで、上記の疾患により療養中のところ、予防上支障がないと認められましたので、登校してもよいことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印