

保護者記入欄

受診証明書

愛媛県立北宇和高等学校長 様

令和 年 月 日

年 組 番 氏名

保護者署名

下記の事由により受診しましたので、証明いたします。

1 診断名

2 罹患期間 令和 年 月 日 () 時間目から
(出席停止期間) 令和 年 月 日 () まで

3 医師の指示事項等

4 医療機関名

※提出の際には、受診が確認できる書類（検査結果又は領収書、処方薬を記載しているもの等）の複写を裏面に貼付してください。

学校記入欄

罹患期間 (出席停止期間)	令和 年 月 日 () 時間目から 令和 年 月 日 () まで 日間
備 考	

教務課長	保健主事	養護教諭	担 任	記入