

令和 年 月 日

主治医様

福島県立修明高等学校長

日頃より、本校生徒が何かとお世話になっております。大変お忙しいところ申し訳ございませんが、下記生徒の傷病等についてご記入下さいますようお願いいたします。

証 明 書

年 組 番 氏名

傷 病 名

上記の傷病にて令和 年 月 日から令和 年 月 日

まで安静加療（感染拡大のおそれがある期日）を要します。

上記のとおり証明いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名 印