

出席停止についての治癒証明書

川崎医科大学附属高等学校
学 校 長 殿

生徒氏名 [_____]

生年月日： 平成 年 月 日生

診断名 [_____]

付記 (注意事項がある場合のみご記入ください。)

上記の生徒は、令和 年 月 日 以降、登校しても差し
支えないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名 [_____]

医師名 [_____]