

* 医療機関 御担当者様 *

下記の証明書にご記入いただき、□には該当するものにチェックを入れていただきますよう、お願い申し上げます。

罹 患 証 明 書

_____年 _____組 _____番 氏名_____

(傷病名) _____

上記の疾患により

令和 _____年 _____月 _____日より 令和 _____年 _____月 _____日まで

- 療養を要するものとする
- 出席停止を要するものとする
- 体育・学校行事等の配慮を要するものとする

(配慮事項等)

上記の通り証明いたします。

令和 _____年 _____月 _____日

医療機関名

医 師 名 _____ 印