

治療証明書（考査用）

〈保護者記入欄〉

熊本学園大学附属高等学校		生徒氏名				
年	組 番					
生年月日	平成	年	月	日	住所	

〈病院記入欄〉

診察日	令和	年	月	日	傷病名	

上記の通り、治療しました。

令和 年 月 日

病院名

所在地

医師名

印

[保護者の方へ]

- ・考査後 1 週間以内に生徒を通じて担任に提出してください。
- ・病院が発行した診療証明書など、診察日・傷病名・病院名が証明できるものがあれば、そのコピーでも結構です。病院記入欄の上に貼り付けて提出してください。
- ・インフルエンザや感染性胃腸炎などの学校伝染病の場合は、本様式ではなく、「出席停止証明書」を提出してください。