

学 校 伝 染 病 罹 患 証 明 発 行 依 頼 書

担当医 様

熊本マリスト学園中学校・高等学校

校 長 光 永 幸 生

下記の生徒を出席停止扱いとするため、学校伝染病罹患証明をお願いいたします。

中学／高校 年 組 号 氏名

病 名	
療養を要する期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

上記の通り証明いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

保護者の方へ：領収書のコピーを添付してください。

保護者の方へ：投薬説明書のコピーを添付してください。