

傷病証明依頼書

令和 年 月 日

担当医師様

藤井寺市立道明寺東小学校

校長 家口 有紀子

下記の者について証明をお願いいたします。

記

年 組 氏名

NO. \_\_\_\_\_

傷病証明書

令和 年 月 日

藤井寺市立道明寺東小学校学校長様

年 組 氏名

伝染病の種類	インフルエンザ・百日咳・麻疹・流行性耳下腺炎 風疹・水痘・咽頭結膜熱・結核 流行性角結膜炎・腸管出血性大腸菌感染症 急性出血性結膜炎 その他 ( )
備考	

きりとりせん

登校許可日 月 日

上記の通り証明します。

担当医氏名

印