

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長

下記の児童・生徒について証明をお願いします。

記

年 組 氏名

連絡先
藤井寺市国府2丁目5番21号
072-939-7145

きりとりせん

No. _____

傷病証明書

ダウンロード用

令和 年 月 日

藤井寺市立藤井寺道明寺東小学校長様

年 組 氏名

感染症 の種類	百日咳・麻疹・流行性耳下腺炎・風疹・水痘 咽頭結膜熱・結核・髄膜炎菌性髄膜炎 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	

登校許可日 月 日

上記の通り証明します。
担当医師名 印