

令和 年 月 日

瀧野川女子学園中学高等学校長殿

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

担当医師名 _____ 印

傷病の証明について

中高一貫 ・ 高校 年 組 番

生徒氏名 _____

1. 傷病名 _____

2. 通院及び入院

ア. 通院日 月 日～ 月 日 (日間)

イ. 入院期間 月 日～ 月 日 (日間)

3. 出席停止の有無等

ア. 有 無

イ. 有の場合 月 日～ 月 日 (日間)

ウ. 登校の許可日 月 日

4. 現状の症状

完治した 治療中 観察中

その他 ()

5. 傷病に関する注意点 (予防措置について、生活上で留意すること等)

6. その他禁止する事柄

体育 その他 ()

月 日～ 月 日まで禁止する