

主治医 殿

福岡県立朝倉東高等学校長

下記の受診の証明をよろしくお願ひします。

# 受 診 証 明 書

福岡県立朝倉東高等学校

年 組 番 氏名 \_\_\_\_\_

病 名

上記の生徒が令和 年 月 日 ( ) に受診したことを証明します。

療養期間 ( 令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( ) )

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_ 印

※ 生徒・保護者  担任 (副担任)  教務課