

受診証明書

愛媛県立東温高等学校

第 _____ 学年 _____ 組 _____ 番 氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

病名 _____

上記の疾病は学校感染症のため、_____ 月 _____ 日()から _____ 月 _____ 日()
まで、登校を停止し、静養が必要と認めます。

上記の疾病のため、_____ 月 _____ 日()から _____ 月 _____ 日()まで、
療養が必要と認めます。

診断日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関 _____

医師 _____ (印)