

傷病証明依頼書

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

令和 年 月 日

傷病証明書

令和 年 月 日

担当医師様

藤井寺市立藤井寺北小学校長様

藤井寺市立藤井寺北小学校  
校長 宇野 貴子

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

下記の児童について証明をお願いいたします。

きりとりせん

記

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

感染症の種類	インフルエンザ (A・B)・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