

医療機関記入

病 欠 証 明 書

学校名	石 川 県 立 金 沢 向 陽 高 等 学 校		
H・氏 名	H		
病名: _____			
診断日: 年 月 日			
上記の疾病により 年 月 日より約 日間の 休養を 要する・要した ことを証明する。			
医療機関名			
医師名			
⑩			
*医療機関名、医師名はできるだけゴム印でお願いします。			

***この証明書は学校感染症による出席停止の証明に用いるものとする。**

注：学校感染症の場合、必ず主治医に記入してもらい、保健室に提出