

担任	学年主任	教務課長	教務主任	教頭	校長

医療証明書

下記について、ご記入お願いいたします。この証明書は、学校に提出する書類です。

福岡県立柏陵高等学校 年 組 番

1 生徒氏名

2 病 名

*なお、学校において予防すべき感染症（学校保健安全法施行規則第19条）による出席停止の措置を
（ 1. 要する 2. 要しない ）

3 治療期間

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで（ _____ 日間）

医療機関名

所在地

代表者

印