

主治医殿

鎌倉学園中学・高等学校
校長 竹内博之

学校伝染病疾患の証明ご依頼

時下ますますご清祥のことと存じます。
ご多用中まことに恐縮に存じますが、本状持参の生徒が学校伝染病の患者で
ありましたら治療していただきたく、また、治療の結果予防上の支障がなく
なりましたら下記証明書にご記入の上、生徒にお渡しいただきたく存じます。
以上につきましてなにぶんご高配を賜りたく、よろしくお願い申し上げます。

キ リ ト リ

証 明 書

患者生徒 中・高 年 組 氏名 _____

病名 _____

発病 平成 年 月 日 治癒 平成 年 月 日

病院名 _____

医師名 (印) _____ 印

クラス担任名 _____ 印