

担 任	教務課長	教育推進部長

## 医療証明書

1 生徒氏名 福岡県立八女高等学校 年 組 番

2 病 名 \_\_\_\_\_

\*なお、学校において予防すべき感染症（裏面参照）による出席停止の措置を

( 要する ・ 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)

令和 年 月 日

医療機関名

印