

No. \_\_\_\_\_

# 傷病証明依頼書

令和 年 月 日

担当医師 様

藤井寺市立藤井寺中学校長

下記の児童、生徒について証明をお願いいたします。

記

年 組 氏名

連絡先  
藤井寺市御舟町2番9号  
072-939-7100

# 傷病証明書

ダウンロード用

令和 年 月 日

学校長 様

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。

担当医師氏名

印