

# 定期テスト欠席に関わる通院証明

(医師に証明してもらう場合の書式)

聖隷クリストファー中・高等学校長 様

生徒氏名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ HR \_\_\_\_\_ 番)

通院日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日

通院理由または病名 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*欠席が必要な期間 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\*印は一定期間の欠席が必要な場合のみ記入してください。

本生徒は、上記のように通院したことを証明します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_