

定期テスト欠席に関する通院証明

(医師に証明してもらう場合の書式)

聖隸クリストファー中・高等学校長 様

生徒氏名 _____ (HR _____ 番)

通院日 令和 年 月 日 曜日

通院理由または病名 _____

*欠席が必要な期間 令和 年 月 日 ~ 令和 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。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____