

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	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 _____