

傷病証明依頼書

令和 年 月 日

担当医師 様

藤井寺市立藤井寺西小学校長

下記の児童について証明をお願いいたします。

記

年 組 氏名

<連絡先>

藤井寺市藤井寺4丁目1番57号

電話 072-939-7125

FAX 072-939-7126

No. _____

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

き
り
と
り
せ
ん

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