

担任	教務課長	教育推進部長	教頭	校長

医療証明書

1 生徒氏名 福岡県立八女高等学校 年 組 番

2 病 名 _____

*なお、学校において予防すべき感染症（裏面参照）による出席停止の措置を

（ 要する ・ 要しない ）

3 治療期間 令和 年 月 日 から

令和 年 月 日 まで （ 日間）

令和 年 月 日

医療機関名

印