

令和 年 月 日

主治医 様

熊本県立八代高等学校

通院確認書の記入についてお願い
本校生徒について、指導上正確に把握したいと思いますので、お手数をおかけしますが、御記入をお願いいたします。

通院確認書

生徒名 年 組 号 名前

療養期間 月 日 ～ 月 日

病状（病名）

学校生活上特に注意をしなければならないこと

- 1．出席停止
- 2．配慮事項
()
- 3．特になし

令和 年 月 日

病院名

医師名 印