

平成 年 月 日

医師各位

熊本県立八代高等学校長

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、ご記入をお願いいたします。

通院確認書

生徒名 年 組 号 氏名 _____

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

平成 年 月 日

病院名

医師

印