

病 欠 証 明 書

学 校 名	金沢龍谷高等学校
H・番号 性別・年齢	H 番 男・女 年齢 歳
生 徒 氏 名	
住 所	
病 名 _____	
上記の疾病により、令和 年 月 日 より 約 日間の 休養を（要する・要した）ことを証明する。	
令和 年 月 日	
住 所 医療機関名 電話番号 医 師 名	
印	

(注)この証明書は、学校において予防すべき感染症による出席停止の際の証明にのみ用いるものとする。