

保護者各位

藤枝学院高等専修学校 学校長

法定感染症による欠席の場合、医療機関の証明書を提出して下さい。

-----キ---ラ---ト---リ---セ---ン-----

年 月 日

藤枝学院高等専修学校
学 校 長 殿

証 明 書

年 組 氏名 _____

上記の者は、法定感染症 _____ により

年 月 日()～ 年 月 日()まで

療養を必要するものと認めます。

医療機関名 _____

医 師 名 _____

印 _____