〈様式２〉

令和　　年　　月　　日

主治医 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校法人　希望が丘学園

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　鳳　凰　高　等　学　校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校　長　　西　　美　継

疾病による欠席証明書について（お願い）

下記生徒の欠席について，証明書が必要ですのでご記入をお願いいたします。

証　明　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　組　　番　氏名

**病名**

上記のため　　月　　日より安静加療を必要とした（する）ことを証明する。

令和　　年　　月　　日

　 　　　　　医療機関名

 　　　　　担当医師 　 印

　　※本証明書による情報は、鳳凰高等学校は第3者への開示をいたしません。但し、学内集団感染において緊急を

要する場合、法令に基づく場合、本人の生命・身体・財産を保護するために必要がある場合など、本人の同意を

得ることが困難であるときはこの限りではありません。

※担任は内容を確認したら，校長報告後，この用紙を保健室へ提出して下さい。