

登校許可証明書

名前

学年・組 四條畷学園高校 年 組

病名

上記の者は 月 日から 月 日まで加療を要した。

月 日より登校を許可する。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

■医療機関の方へ

お手数ですが本証明書を作成していただきますようお願い致します。

四條畷学園高等学校
大東市学園町6-45
TEL 072-876-1321