

Attestation

Date le / /20

Nom de l'élève :

Classe :

Nom de la maladie diagnostiquée :

Date de la première visite médicale :

le / / 20

Période d'éviction :

du / / 20 au / / 20

Date de retour à l'école : le / / 20

Nom et numéro de téléphone du médecin :

Signature des parents :



登校届

記載日 年 月 日

生徒氏名：

学年：

疾患名：

上記、診断により 年 月 日 からの治療の結果、医師より登校許可の診断が出ましたので、 年 月 日より登校致します。

医療機関名とその電話番号：

保護者 署名：