

年 月 日

主治医殿

京都明德高等学校
校長 二宮 庸介

診断依頼状

本校生徒 年 組 に学校感染症（ ）
の疑いがありますので診断をお願いします。尚、学校感染症でありました場合は、下
記にご記入・ご捺印頂き本人にお渡し下さいます様、お願いいたします。

----- キ ----- リ ----- ト ----- リ -----

年 組 : 年 組 番

氏 名 :

診断名 :

治療期間 : 月 日 ~ 月 日
(登校停止期間)

登校許可日 : 月 日 より可

年 月 日

医院名

医師名 印

