

令和 年 月 日

桜の聖母学院高等学校長 様

通院報告書

定期試験中に欠席し、通院したことをご報告いたします。

年 組 氏名

保護者氏名 印

病 名	
受診年月日	令和 年 月 日
病 院 名	
病 院 住 所	
病院電話番号	

桜の聖母学院高等学校長 様

通院証明書

年 組 氏名

病名

令和 年 月 日 受診しました。

病院名/ 医師氏名 印

令和 年 月 日