

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