

主治医 様

東京都立大森高等学校 全日制課程

加療証明書（運動制限に係るもの）の記入のお願い

本校においては、生徒が疾病及び負傷によって、運動を伴う活動に参加することができない場合は、医師の指示に基づいた取り組みを行っております。

当該生徒の加療に際し、運動の制限を要すると判断されましたら、恐れ入りますが、下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

加療証明書（運動制限に係るもの）

東京都立大森高等学校長 殿

年 組 氏名

上記のものは、当医療機関において治療を受けました。

1 診 断 名

2 診 療 開 始 日

令和 年 月 日 ()

3 運動制限を要する期間

令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()

4 特 記 事 項 (制限の程度、配慮事項等)

令和 年 月 日

医療機関住所
名 称
医 師 名

印