

疾病傷害の治療を受けていて、学校生活に支障のある場合  
(学習・運動・作業の軽減や中止など)

沖縄県立南風原高等学校長  
沖縄県立南風原高等支援学校長 殿

## 証 明 書

年 組 番 氏名

診 断 名	
今後の処置	
学校への 指示・指導等 (運動制限の程度・期間、 登校可能日等)	

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印

\*ご高診ありがとうございました。学校での保健管理に役立てたいと思います。