様式第３号

精密検査証明書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 学校名 |  | | | 職名 |  |
| 現住所 |  | | | | |
| 傷病名 |  | | | | |
| 症状 |  | | | | |
| 判定及び  その理由 |  | | | | |
| 休職を要する  期間 | 年　　月　　日まで | | | | |
| 出勤・復職可能日 | 年　　月　　日 | | | | |
| 検査の結果上記のとおり診断する。  　　　　　　　年　　月　　日  所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 | | | | | |

注　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４縦長とする。