

# 診断書

|   |       |
|---|-------|
| ※氏名                                     | ※所属   |
| ※現住所                                    | ※生年月日 |
| 傷病名                                     |       |
| 1. 初診年月日 令和 年 月 日                       |       |
| 初診時所見                                   |       |
|   |       |
|   |       |
|   |       |
| 2. 治療経過及び検査所見                           |       |
|   |       |
|   |       |
|   |       |
|   |       |
| 3. 意見(できるだけ詳細にお願いします。)                  |       |
|   |       |
|   |       |
|   |       |
|   |       |
|   |       |
| したがって、令和 年 月 日からの教職員としての職場復帰は可能である。     |       |
| 上記のとおり診断する。                             |       |
| 令和 年 月 日 医療機関名                          |       |
| 医師 <span style="float: right;">⑩</span> |       |

※印欄は所属において記入すること。