様式第26号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医師等による意見書 | | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 診断名（病名等） | | | |
| 治療内容等について | | | |
| （治療期間）　　　　年　　　月　　　日　　から　　治癒（　　　年　　月　　日）  治療中　　　　　　　　　　　　　いずれかに○  経過観察中 | | | |
| （服薬名） | | | |
| （症状の安定性、治癒の見込み） | | | |
| （教育職員としての業務への支障の程度） | | | |
| （その他特記事項） | | | |
| 上記のとおり意見します。  　　岩手県教育委員会　様  年　　月　　日  医療機関所在地  医療機関名  職　　　名  氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |

　※１　この様式は、小児性愛その他精神疾患等により児童生徒性暴力等（教育職員等による児童生徒性暴力等の防止等に関する法律（令和３年法律第57号）第２条第３項に規定する行為をいう。）を行った場合に提出してください。

　※２　記載した医師又は医療機関等が厳封したものを提出してください。

（Ａ４）