

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		治療 (年 月 日)	} いずれかに○
		治療中	
		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。