

出席停止証明書

1. 生徒氏名 第 _____ 学年 _____ 組 氏名 _____

2. 病 名 _____

3. 理 由 学校保健安全法施行規則第十九条に基づく感染症による出席停止

4. 期 間 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) より

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) まで「 _____ 日間」

上記の通り証明いたします

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当医師 住 所

氏 名 印

①学校長	②教 頭	③中高部長	④教 務	担 任	保 健 室	

※この用紙は、担任が④→③→②→①を経て、保健室に提出してください。