

校 長	教 頭	教 務	保 健	担 任

出 席 停 止 措 置 願

平成 年 月 日

有田中央高等学校長 様

下記証明のとおり、出席停止措置をとって頂きますようお願いいたします。

年 組 番

生徒氏名.....

保護者氏名..... 印

記

診断を受けた医療機関で記入してもらって下さい。

医 療 機 関 証 明

上記の者は、下記感染症により登校の停止を指示していましたが、治癒または感染のおそれがなくなったため、登校してさしつかえないことを証明します。

病名(学校感染症)

出席停止期間

平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 ()

平成 年 月 日

医療機関名

診断医師名 印