

出席停止措置願

令和 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いただ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ください。

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なくなつたため、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

令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()

令和 年 月 日

医療機関名.....

診断医師名..... 印

学校使用欄 (担任記入)

出席停止措置

令和 年 月 日 () 限 ~ 令和 年 月 日 () 限 まで

校長	教頭	教務	保健	担任

