

出席停止証明書

愛光中学・高等学校長殿

| | | | | | |
|---|--|----|---|--------|------|
| 中・高 | 年 | 組 | 番 | 氏名 () | |
| 生年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日生 | |
| 病名 : | インフルエンザ, 麻疹, 水痘, 流行性耳下腺炎, 風疹 その他() | | | | |
| 出席停止期間 | 自 | 平成 | 年 | 月 | 日() |
| | 至 | 平成 | 年 | 月 | 日() |
| 今後の学校生活において特に注意をすること: 有 ・ 無 有の場合の注意事項: | | | | | |

上記の通り証明します。

平成 年 月 日

住所 _____

病院名 _____

医師名 _____ 印

| 校長 | 教頭 | 教務 | 担任 |
|----|----|----|----|
| | | | |

| 保健 |
|----|
| |