

令和 年 月 日

主治医 様

愛媛県立今治西高等学校伯方分校長

出席停止証明書について（お願い）

年 組

平素から、本校の教育活動に格別の御支援と御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。
今回、上記の生徒が_____にかかったとの報告を受け、学校保健安全法第19条の規定により出席停止を指示いたしました。つきましては、診察とあわせて、以下の出席停止証明書に御記入いただきたく存じます。お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、どうぞよろしくお願い申し上げます。

令和 年 月 日

学校長 様

出席停止証明書

年 組

- 1 病名 _____
- 2 出席停止にすべき期間
(療養に要する期間) _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日
- 3 学校生活上の注意 _____

病院名

医師名

印