

横浜学園高等学校

「学校保健安全法による出席停止届」

年 組 番

生徒氏名

病 名	
期 間	平成 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

上記のとおり安静加療を必要とした（する）ことを証します。

平成 年 月 日

医療機関名

印

担当医師名

印

医療機関の方へ

本書での証明が難しい場合は、別途証明書（診断書等）を発行戴きたいと存じます。

担任確認欄

担任受理日 平成 年 月 日

担任氏名