

「学校保健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。

学校記入欄

担任受理日 平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

担任氏名 \_\_\_\_\_