

出席停止措置願

令和 年 月 日

和歌山県立耐久高等学校長 様

下記証明書のとおり、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.....

記

医療機関証明書

学校保健安全法により登校の停止を指示しましたが、すでに治癒または感染のおそれがないため、登校してさしつかえないことを証明します。

病 名	
出席停止期間	年 月 日 ~ 年 月 日

年 月 日

医療機関 _____

医師 _____ (印)

(証明書は治癒後、診断を受けた医療機関で記入してもらってください)

学校使用欄 (担任記入)

出席停止措置期間

令和 年 月 日 () 限 から 令和 年 月 日 () 限 まで

校 長	教 頭	教務部長	養護教諭	学級担任