

出席停止期間証明書

桜花学園高等学校

____年 ____組 ____番 氏名

診断名：【 インフルエンザ A 型 ・ インフルエンザ B 型 ・

溶連菌感染症 ・ マイコプラズマ感染症 ・ 手足口病

感染性胃腸炎 ・ その他(_____)】

いずれかに○印または記入

発症日： _____年 ____月 ____日

解熱日： _____年 ____月 ____日

出席停止期間 _____年 ____月 ____日

～ _____年 ____月 ____日

受診医療機関名 _____

受診日 _____年 ____月 ____日

以上のとおり、医師より登校が許可されました。

____年 ____月 ____日

保護者氏名 _____

〈注意事項〉

- ・保護者の方が記入してください。医療機関による記入、証明印は不要です。
- ・提出の際は、医療機関の受診と診断が証明できる書類(患者名と受診日が記載されている医療明細書、調剤明細書、処方箋など)のコピーを添付してください。
- ・この用紙は担任へ提出してください。