

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・B型)・新型コロナウイルス感染症

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

出席停止期間: 年 月 日～ 年 月 日

※解熱日: 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。