令和　　年　　月　　日

保護者　様

長野県丸子修学館高等学校長

　　年　　　組　　氏名

出席停止通知

お子さんの病気につきましては、病気の悪化を防ぐとともに、集団感染防止のために学校保健安全法により、出席停止を指示いたします。出席停止の期間は医師の指示に従ってください。

なおこの場合は欠席になりません。治療が済みましたら、登校時に下記証明書を担任へ提出してください。

主治医　様

　ご多忙のところ恐縮に存じますが、証明書にご記入くださいますよう、お願いいたします。

**治癒証明書**

　　年　　　組　　　　氏名

１．病名

２．出席停止期間　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

３．今後の留意点

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　印

　長野県丸子修学館高等学校長　様

保護者名　　　　　　　　　　　　印