

令和 年 月 日

保護者様

年 組 さん

長野県大町岳陽高等学校

出席停止についてのお知らせ

お子様の病気 につきましては、他の生徒に感染させないため及び病気の悪化予防のため学校保健法の規程により出席停止を指示します。医師に受診され処置をとられますようお知らせします。出席停止の期間は医師の指示に従ってください。

なお、この場合の欠席については、欠席日数に入りませんので申し添えます。

下記、証明書を主治医に記入していただき、登校時に担任又は保健室まで提出してください。

キリトリ線

治 癒 証 明 書

長野県大町岳陽高等学校

年 組 氏名

1. 病 名

2. 出席停止期間

月 日 ~ 月 日 まで

上記の学校伝染病は治癒しましたので登校可能と認めます。

大町岳陽高等学校長 様

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

保護者名