

年　　月　　日  
年　　組氏名　　さん  
保　護　者　様

長野県篠ノ井高等学校長

### 通 知

お子様の病気につきましては、病気の悪化を防ぐとともに、集団感染防止の為に、出席停止を指示いたします。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。この場合は欠席にはなりません。登校時に下記証明書を担任まで提出して下さい。

### 治　癒　証　明　書

年　　組　　生徒氏名

病　名

出席停止期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

上記の学校感染症は治癒し　　月　　日より登校可能と認めます。

(宛先) 長野県篠ノ井高等学校長

年　　月　　日

医師氏名　　印