

保護者 様

年 月 日

上田西高等学校長
佐藤 純也

出席停止についてのお知らせ

____年____組____さんの病気____につきまし
ては、学校保健法の規定により出席停止となります。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出席停止を指示しますので、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
って下さい。尚この場合は欠席になりません。登校時には必ず下記証明書を
医療機関で記入してもらって、担任まで提出してください。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・きりとりせん・・・・・・・・・・・・・・・・

治癒証明書

上田西高等学校長 様

____年____組 生徒氏名_____.

病名_____.

出席停止期間 ____月____日から ____月____日まで

上記疾病は治癒し登校許可を認めます。

____年____月____日

医療機関名_____

医師氏名_____印

____年____月____日

保護者氏名_____印