

感染症による欠席届

中村学園女子（中学校・高等学校）

年 組 番

生徒氏名

1. 感染症名

2. 初診日

令和 年 月 日

3. 出席停止期間

令和 年 月 日 ~ 月 日まで

※この証明書は、学校保健安全法第19条に係る出席停止の取り扱いなど、本校のみで使用します。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印