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
			生徒日	氏名				
感染症名							_	
初診日	<u>令和</u>	年	月 E	<u>l</u>				
出席停止掉	期間 <u>令和</u>	_ 年	月	日~	<u> </u>	月	日まで	
			安全法第 1	9 条に係る	る出席停	止の取り	扱いなど、	
令和	年	月	所有	主 地				印
	初 診 日 出席停止す ※この証明本校のみ	初 診 日 令和 出席停止期間 令和 ※この証明書は、等 本校のみで使用し	初 診 日 <u>令和 年</u> 出席停止期間 <u>令和 年</u> ※この証明書は、学校保健 本校のみで使用します。	感染症名 初 診 日 令和 年 月 出席停止期間 令和 年 月 ※この証明書は、学校保健安全法第1本校のみで使用します。 令和 年 月 日 医療所	生徒氏名 _ 生徒氏名 _ 生徒氏名 _ 生徒氏名 _ を担訴を持続している。	生徒氏名 想染症名 初診日 今和年月日 出席停止期間 今和年月日~ ※この証明書は、学校保健安全法第19条に係る出席停本校のみで使用します。 令和年月日 医療機関名	生徒氏名 感染症名 初 診 日 今和 年 月 日 出席停止期間 今和 年 月 日 ~ 月 ※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本校のみで使用します。 令和 年 月 日 医療機関名所 在 地	感染症名 一 初 診 日 令和 年 月 日 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