

出席停止届

平成 年 月 日

滋賀県立彦根東高等学校長様

年 組 番

氏 名

保護者氏名 印

下記の学校感染症と診断されましたので証明書を提出します。

病 名 _____

日 時

平成 年 月 日 () 限

～ 平成 年 月 日 () 限

(計 時間)

	教務課	健康教育相談室	HR担任
承認			

証 明 書

氏 名 _____年____組____番 _____

住 所 _____

病 名 _____

上記の学校感染症のため

平成 年 月 日 より平成 年 月 日 まで

休養、加療を要すると認めます。

平成 年 月 日

主治医 _____ 印