

# 出席停止届

令和\_\_\_\_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

(自署の場合は、押印不要)

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 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (\_\_\_\_) \_\_\_\_限

～ 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (\_\_\_\_) \_\_\_\_限 (計\_\_\_\_時間)

	教務課	保健室	HR担任
承認			

(滋賀県立彦根東高等学校欠席届用)

## 証 明 書

\_\_\_\_年\_\_\_\_組\_\_\_\_番 氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

病 名 \_\_\_\_\_

上記の学校感染症のため

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 より 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 まで

休養、加療を要すると認めます。

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 印