

医療機関様

明星学園中学校
校長 平野康弘

学校伝染病による疾病証明書について（依頼）

平素より、学校教育にご理解とご協力いただき厚く感謝申し上げます。

すでにご承知のことと存じますが、伝染病にかかった場合には学校保健安全法により出席停止等の措置を講じております。

つきましては、学校伝染病にかかり貴院で治療を開始する生徒の保護者から 疾病証明書の依頼がありましたら、お手数ながら下記証明書を発行して下さるようお願い申し上げます。

学校伝染病による疾病証明書

____ 学年 ____ 組 ____ 番 ____ 生徒氏名 _____

上記の者、下記の病名であることを証明する

記

1、病名 _____

2、出席停止開始日 ____ 年 ____ 月 ____ 日から

3、受診医療機関名

____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 印 _____

学校伝染病による欠席届

____ 年 ____ 月 ____ 日

明星学園中学校校長様

保護者氏名 _____ 印 _____

上記のとおり学校伝染病の診断を受けたため下記のとおり欠席しましたのでお届けします。

欠席期間 ____ 年 ____ 月 ____ 日から ____ 年 ____ 月 ____ 日まで