●●県立●●高等学校長殿

**出席停止証明書**

下記の通り証明いたします。

|  |
| --- |
|  |

記

1.　対象者

　　●●県立●●高等学校

　　　　　　年　　　組　　　番　　（氏名）

2.　出席停止期間

　　　　　　　　年　　月　　日（　　曜日）～　　　　　年　　月　　日（　　曜日）

3.　病名・内容

|  |  |
| --- | --- |
| 病　名： |  |
| 症状等： |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

以上

|  |
| --- |
|  |

年　　月　　日

医療機関：

医　　師：