年　　月　　日

●●県立●●●高等学校長殿

**出席停止証明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **生　徒：** | 年　　組　　番 | (氏名) |
| **保護者：** | (連絡先) | (氏名) |

記

|  |  |
| --- | --- |
| 感染症の種類 |  |
| 具体的な症状 |  |
| 出席停止期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日（　　　日間） |

以上

上記の通り、出席停止を認めます。

年　　月　　日

医療機関：

医　　師：

|  |
| --- |
|  |

※学校使用欄