

校 長	副校長	教 頭	教 務	保健主事	学年主任	担 任

学校において予防すべき感染症による欠席届

20____年 月 日

山形明正高等学校長 殿

____年 組 番 氏名

保護者氏名 印

以下の通り診断されましたので届け出いたします。

学校において予防すべき感染症 証明書

・ 感染症名 _____

・ 出席停止の必要な期間

20____年 月 日 曜日～

____月 日 曜日

・ 感染予防上、支障がなくなりましたので

20____年 月 日 曜日から登校が可能です。

20____年 月 日

医療機関名

医 師 名

印