

保護者 様

医師に確認の上、保護者で記入をお願いします。

医師の証明は不要ですが、この用紙の裏面に保険調剤明細書または薬の説明書等のコピーを必ず貼り付けてください。

(学校保健安全法第19条「出席停止」に係る書類

出席停止解除届

令和 年 月 日

1 年 組 番 生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

2 診断名 _____

3 出席停止期間

令和 年 月 日 () から 令和 年 月 日 () まで

*出席停止期間は、必ず医師に確認してください。

4 診断医療機関 *医療機関に確認をとることがあります。必ずご記入ください。

医療機関名 _____

所在地 _____ 市・町 (市・町のみ記入)

T E L _____