

感染性疾患による出席停止の証明書

年 組 番 生徒氏名

上記生徒は、疾患名 _____ のため、学校保健安全法第19条の規定により _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日まで出席停止とします。

愛知県立大府東高等学校長 殿

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ (保護者自署)

受診した
医療機関名 _____ 印

※出席停止期間を参考にして、主治医より出席許可をもらってから登校させてください。
その際、この用紙を学校に提出してください。