病欠証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校名 |  | |
| 学年組 | 年　　　　組 | |
| 氏　名 |  | |
| 住　所 |  | |
|  | |
|  | | |
| 病名 | | |
|  | | |
|  | | |
| 上記の疾病により　　年　　月　　日より | | |
| 約　　日間の休養を　要する・要した　ことを証明する。 | | |
|  | | |
| 令和　　年　　月　　日 | | |
|  | | |
| 住　　　所 | | |
| 医療機関名 | | |
| 電話番号 | | |
| 医　師　名 | | ㊞ |
|  | | |

感染症による出席停止の対象となる病気であると診断された場合は、病気欠席ではなく出席停止となります。

その際の証明に、学校へ提出してください。