

病欠証明書

学校名	
学年組	年 組
氏名	
住所	
<p>病名 _____</p> <p>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。</p> <p>令和__年__月__日</p> <p>住 所 _____</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医 師 名 _____ (印)</p>	

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、病欠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。