

出席停止証明書・疾病証明書

愛媛県立宇和島東高等学校長 様

学年組・氏名 _____ 年 組 番 氏名 _____

病 名 _____

自 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 曜日

至 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 曜日

- 学校において予防すべき感染症（学校保健安全法施行規則第3章第18条）に罹患し、上記期間登校を停止したことを証明します。
- 上記疾病のため安静治療を必要と認めます。

所見及び注意事項

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名 _____ 印