〈様式１〉

令和　　年　　月　　日

主治医 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校法人　希望が丘学園

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　鳳　凰　高　等　学　校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校　長　　西　　美　継

出席停止に係る証明書について（お願い）

下記生徒の出席停止について，証明書が必要ですのでご記入をお願いいたします。

証　明　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　組　番　氏名

感染のおそれ（疑い）があるため　　月　　日より出席停止の必要があることを認める。

　　　　　　　　　１．インフルエンザ（Ａ・Ｂ）型

　　　　　　　　　２．風　疹

　　　　　　　　　３．流行性耳下腺炎

　　　　　　　　　４．水　痘

　　　　　　　　　５．麻　疹

　　　　　　　　　６．(流行性角・急性出血性）結膜炎

　　　　　　　　　７．その他の伝染病（　　　　　　）

令和　　年　　月　　日

　 　　　　　医療機関名

 　　　　　担当医師 　 印

※担任は内容を確認しましたら，校長報告後，この用紙を保健室へ提出して下さい。