

ちゆ
治療証明書 (学校感染症による罹患者)
りかん

都立赤羽北桜高等学校長 殿

都立赤羽北桜高等学校 _____ 学科 _____ 科

_____ 年 組 番 氏名 _____

診 断 名 :

休むように指示した期間 (出席停止期間) :

_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日まで

登校許可日 : _____ 月 _____ 日から登校可能と指示しました。

所 見 : _____

医療機関名 : _____

電話番号 : _____ - _____ - _____

担当医師氏名 : _____ 印

_____ 年 月 日

学校感染症の診断およびそれに伴う出席停止について、上記証明書を医師に記入してもらい、治療後の登校時に担任に提出すること (担任→教務部→保健室)。

*拡大コピーをしてお使い下さい。A5→A4 (141%) でのコピーをおすすめします。