

主治医 殿

学校感染症で、治療をしていただいた次の生徒について下記の出席停止連絡票の交付をお願いいたします。

東京都立小石川中等教育学校長

出席停止連絡票

生徒氏名	年	組	番	氏名：			
病 名							
出席停止期間（休養が必要な期間）							
令和	年	月	日	～ 令和	年	月	日
特記事項							
医療機関名							
電話番号 ()							

上記の病気のため休みましたが、主治医より登校許可がおりましたので、出席停止の解除をお願いします。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

出席停止連絡票は主治医が作成するものですが、医療機関において文書料が発生する場合や、今後受診予定がなく、主治医が記入する機会がない場合は、出席停止の期間を主治医に確認し、保護者が記入してください。登校の際にご提出ください。