医療機関　殿

インフルエンザ以外

令和　　年　　月　　日

東京都立砂川高等学校長

登校禁止期間証明書記入のお願い

いつもお世話になっております。下記生徒につきまして、ご記入のほど、よろしくお願い致します。

（なお、初診の際にご記入いただけない場合、再度受診が必要な場合には、その折にご記入いただきますよう、お願い致します。）

※復帰日から2週間以内に必ず担任に提出してください（教務規定より）

東京都立砂川高等学校長　殿

登校禁止期間証明書

組　　番　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

登校禁止期間

月　　日（　　）から　　月　　日（　　）まで

令和　　年　　月　　日

医療機関所在地および名称

医師名　　印

家庭→担任→保健室（原本保管）→教務(連絡)