

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 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)