

医療機関殿

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。下記の生徒につきまして、ご記入のほど、よろしくお願いいたします。
(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、
お願いいたします。)

学校感染症による登校禁止期間証明書

東京都砂川高等学校長殿

組 番 生徒氏名

病名

登校禁止期間

月 日 () から 月 日 () まで

令和____年____月____日

医療機関の所在地および名称

医師名

印

※ 登校再開初日に提出