

疾病証明書は、この用紙をコピーしてご使用ください

※その他の感染症用

医療機関 様

明星学園小学校長 照井伸也

学校伝染病による疾病証明書について（依頼）

平素より、学校教育にご理解とご協力いただき厚く感謝申し上げます。すでにご承知のことと存じますが、伝染病にかかった場合には学校保健安全法により出席停止等の措置を講じております。

つきましては、学校伝染病にかかり貴院で治療を開始する児童の保護者から疾病証明書の依頼がありましたら、お手数ですが下記証明書を発行してくださるようお願い申し上げます。

.....

学校伝染病による疾病証明書

学年 組 児童氏名 _____

上記の者、下記の病名であることを証明する

記

1. 病名

2. 出席停止開始日 年 月 日から

3. 受診医療機関名

年 月 日 _____ 印

.....

学校伝染病による欠席届

年 月 日

明星学園小学校長 様

保護者氏名 _____ 印

上記のとおり学校伝染病の診断を受けたため下記のとおり欠席しましたのでお届けします。

欠席期間 _____ 年 月 日から _____ 年 月 日まで