

病院長様

出席停止解除証明のお願い

平素より本校生徒の受診に際しましては、何かとご高配を頂き厚くお礼申し上げます。  
このたびの、学校伝染病罹患による出席停止解除証明を、下記用紙に記入していただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

証明書費用につきましては、公立学校と同様にさせていただきますよう、併せてお願い申し上げます。

三田学園中学校・高等学校  
学校長 松井 忠幸

出席停止解除証明

三田学園中学校・高等学校  
年 組 氏名

病名

学校保健安全法第19条より上記の病症で

月 日から 月 日まで出席停止であったが、主要症状が消失し

感染のおそれがないものと認め 月 日より出席停止を解除します。

令和 年 月 日

医療機関名

印