

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、何かとご高配をいただ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。

平成 ____年 ____月 ____日

医療機関名

印