

主治医 殿

令和 年 月 日  
筑紫女学園中学校、高等学校長

### 出席停止の証明についてのお願い

下記の生徒につきまして、学校感染症と診断された場合には、学校保健安全法第 19 条の規定により出席停止の取り扱いになりますので、下記の証明をお願いいたします。

中学・高校 年 組 氏名 \_\_\_\_\_

### 出席停止証明書

生徒名 \_\_\_\_\_

疾患名 \_\_\_\_\_

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記の疾患により、出席停止が必要であったことを認めます。

令和 年 月 日

病院名

医師名

印