

年 月 日

保護者様

年 組

氏名 _____

須坂市立仁礼小学校長

お子様は、下記のような疾病の疑いがみられます。

症状の悪化と他への感染のおそれが考えられますので、医師の診断を受けて、休ませてください。

なお、この場合の欠席は、学校保健安全法により、出席停止の扱いとなりますので、欠席数にはは入りませんので申し添えます。

記

1. 病名（疑われる病名） _____

2. 出席停止期間：医師の証明により登校してください。

..... きりとりせん

登 校 証 明 書

_____ 年 組 氏名 _____

上記の者 _____ で欠席、加療の結果、治癒しましたので登校してもさしつかえないことを証明します。

出席停止期間： _____ 月 日 ~ _____ 月 日 _____

学 校 長 様

_____ 年 月 日

医療機関名

医師名 _____ 印