

主治医様

開智中学校・高等学校

学校において予防すべき感染症による欠席の場合、本校では医師の証明により出席停止の扱いをいたします。ご面倒ですが、下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

学校において予防すべき感染症の出席停止解除証明書

(インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症を除く)

開智中学校・高等学校

年 組 番 氏 名

病 名	
出席停止期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
特 記	

上記の者は感染の恐れがない状態になりましたので、登校しても差し支えないことを認めます。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名 _____ 印