

令和 年 月 日

保護者 殿

関西高等学校

出席停止について

本日、ご息が_____にかかられたと、連絡を受けました。この病気は、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をいたします。この期間は、欠席扱いになりませんので、治療に専念してください。

なお、病気が治って登校するときは、医師の証明を受けてください。

_____ き _____ り _____ と _____ り _____

証 明 書

関西高等学校 科 年 組 番

氏 名 _____

病 名 _____

上記疾患にて令和 年 月 日より _____ 月 _____ 日まで安静治療を必要と

しました。感染のおそれなくなりましたので、_____ 月 _____ 日より登校を許可します。

令和 年 月 日
住 所
医 師