

学校において予防すべき感染症に関する出席停止確認書

熊本県立大津高等学校

年 組 号 氏名 _____

1 疾病名 (_____)

2 出席停止を要する(要した)期間

令和 年 月 日 曜から

令和 年 月 日 曜まで

※受診された医療機関をご記入ください。

医療機関名(_____)

3 その他

令和 年 月 日

保護者名 _____

※裏面に受診された医療機関の領収書の写し等を貼付し、登校後に提出してください。

「定期考査中」および「運動制限の証明」については、別の様式(医師の証明)となるのでご注意ください。

※貼付欄

〈貼付する資料〉

医療機関の領収書

診療明細書

処方薬の説明書

(裏面)