

横浜学園高等学校

「学校保健安全法による出席停止届」

_____年 _____組 _____番

生徒氏名 _____

病名	
期間	20 年 月 日 () ~ 20 年 月 日 ()

上記のとおり安静加療を必要としたことを証します。

_____20 年 _____月 _____日

医療機関名 _____ 印

担当医 _____ 印

担任確認欄 担任受理日 20 _____年 _____月 _____日

担任氏名 _____