

医療機関記入欄

出席停止証明書

愛媛県立三瓶高等学校

第 _____ 学年 _____ 組 _____ 番 _____ 氏名 _____

病名 _____

上記の疾病のため、 _____ 月 _____ 日から約 _____ 日間登校を停止し、
安静治療が必要と認めます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

主治医名 _____ 印

学校記入欄

| 出席停止期間 | 教頭 | 教務課長 | 担任 | 養護教諭 |
|-------------------------|----|------|----|------|
| 月 _____ 日 (_____ 時限から) | | | | |
| 月 _____ 日 (_____ 時限まで) | | | | |