

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

熊本県立済々黈高等学校

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 (自署) _____

※本書は登校後に必ず提出してください。

※ボールペンで記入してください。鉛筆記入不可。