

保護者様（ 年 組 番 生徒氏名 ）

学校感染症による出席停止の期間中は、医師の指示に従って家庭で十分に療養してください。

登校の際は、（ 医師 ・ 保護者代筆 ）による治癒証明書を担任へ提出してください。

※医師の治癒証明に文書料が発生する時は保健室までご相談ください。

※保護者代筆の場合は、出席停止となる疾病で医療機関を受診したことがわかるもの（薬の説明書や指示書等）のコピーを添付してください。

福島県立福島商業高等学校長 様

学校感染症治癒証明書

学校感染症により出席停止となっておりますこの生徒は加療中でありましたが、診断の結果、感染のおそれがなくなり登校可能となりました。

年 組 番 生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印 _____

診 断 名 _____

診 断 日 平成 年 月 日

加 療 期 間 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 月 _____ 日

登校開始日 平成 年 月 日から登校可

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名 _____ 印 _____

生徒 → 担任 → 保健室

※学校記入欄

出席停止期間 平成 年 月 日 () () 校時～

平成 年 月 日 () () 校時