

基礎疾患等による出席停止届

湘南学園中学校高等学校

1 生徒氏名：中・高 _____ 年 _____ 組 氏名 _____

2 出席停止期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日()
~ _____ 年 _____ 月 _____ 日()

※主治医等が登校すべきでないと判断した期間を記入して下さい。

3 疾患名： _____

4 指導を受けた医療機関名： _____

医師名： _____

上記の通り、申告致します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ 印

【確認欄】

保健室	担任

※確認後は、保健室で保管します。