

石川県立大聖寺実業高等学校長 様

罹 患 届

診 断 名			
診 断 日	令 和	年	月 日 曜 日
病 院 名	※ お薬の説明書を参考にして記入してください。		
医 師 名			
薬 局 名			
処 方 薬			
	学 年 等	年 組 番	
	生 徒 氏 名		
	保 護 者 氏 名	(自署)	

(注) この証明書は、学校において予防すべき感染症による出席停止の際の証明に用いるものとします。

また、場合によっては医師による診断書の提出が必要なことがあります。

学校使用欄

出席停止の期間	令 和	年	月	日	～	令 和	年	月	日
実際の出席停止日数	日								