

京都府立西城陽高等学校長 様

出席停止証明書

_____年 _____組 _____番 生徒氏名

出席停止疾患名 : _____

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

以上のとおり証明します。

平成 _____年 _____月 _____日

医療機関名

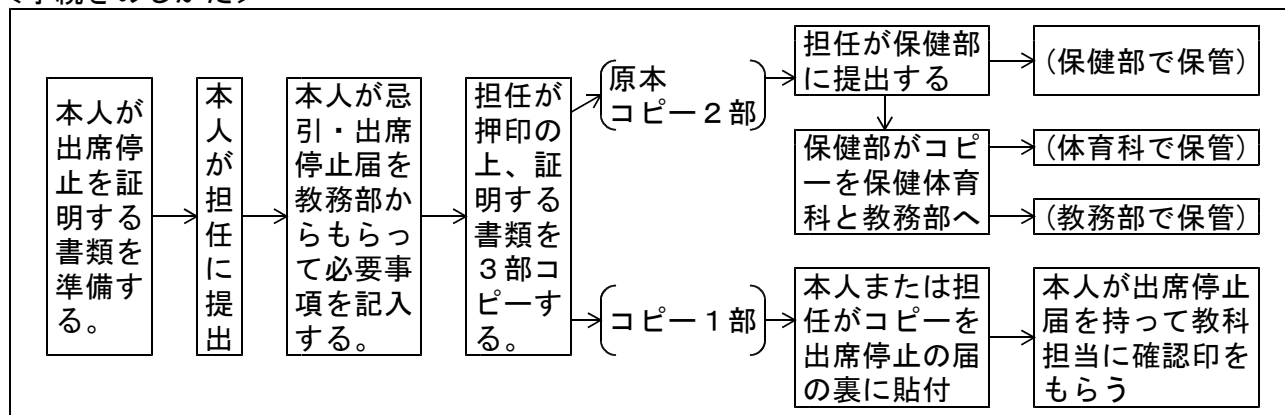
医師名 : _____ (印)

上記の件について了解しました。

担任氏名 : _____ (印)

- ※1 本書を用いて医療機関で証明してもらう場合、有料になることもありますので、御理解ください。
- ※2 本書でなくても、「生徒名」・「疾患名」・「出席停止期間」・「医師の署名」が揃っているものがあれば、それで代用できます。
- ※3 「出席停止期間」を記載してもらうこととなりますが、必ず治癒したことを確認してから登校するようにしてください。

<手続きのしかた>



※ 手続きについては、登校後3日以内に行うこと。