

感 染 症 欠 席 届

令和 年 月 日

京都府立西乙訓高等学校長 様

____年 組 番

生徒氏名 _____

保護者等氏名 _____

(自署の場合、押印不要)

病名 _____

上記疾病により欠席しました。

療養期間 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 限より

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 限まで

受診医療機関名 _____

治 癒 証 明 書

____年 組 番

生徒氏名 _____

病名 _____

令和 年 月 日より登校して支障なきまでに治癒したことを証明します。

令和 年 月 日

医 師

住所氏名

印