

様式-1 (インフルエンザ以外)

感 染 症 欠 席 届

平成 年 月 日

京都府立西乙訓高等学校長 様

年 組 番

生徒氏名

保護者氏名 印

病名

上記疾病により欠席しました。

療養期間 平成 年 月 日 限より

平成 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

平成 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。

平成 年 月 日

医 師

住所氏名

印