

欠 席 届

平成 年 月 日

科 年 組 番

生徒氏名

保護者氏名 印

下記の理由により欠席いたしました。

感染症

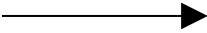
日時	平成 年 月 日 () ～ 月 日 () (日間)
病名	

病名のところは治癒証明書に書いてある病名を記入してください。

○欠席届と診断書を担任に提出してください。

(治癒証明書)

担 任
印



保健室
印

治 癒 証 明 書

岡山県立西大寺高等学校 科 年 組 番

氏 名

生年月日 年 月 日生

病 名

付 記

出席停止期間 平成 年 月 日より

月 日まで

上記疾病の治癒したことを証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師

印