

校長	教頭	教務主任	保健主事	養護教諭	学年主任	担任

令和 年 月 日

出席停止及び登校許可願

茨城県立中央高等学校長 殿

生徒氏名 _____ (年 組 番)

保護者氏名 _____ 印 _____

医師により、出席停止と判断されましたのでお届けいたします。

1 病 名 _____

2 期 間 発症年月日 _____ 令和 年 月 日 (曜 日)

治癒年月日 _____ 令和 年 月 日 (曜 日)

出停の日数 (_____ 日) * 担任記入

3 受診病院

病院名 _____ 所在地 _____

4 登校許可

上記疾病は、治療したことを確認しましたので登校許可をお願いします。

5 その他 裏面に処方箋等(病名がわかるもの)の貼付をお願いします。