

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 インフルエンザ()型 新型コロナウイルス その他()
いずれかに○をつけてください。

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)

3 診断の経緯 出停の日数(日)*担任記入

病院名 所在地

受診日 月 日

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 処方箋等の提出をお願いします。
(本人の名前・通院日・病名がわかるもの)