

## 出席停止による欠席届

令和 年 月 日

北杜市立甲陵高等学校 殿

第 学年 組 番

生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり診断され、学校保健安全法第19条により出席停止になりますので届け出いたします。

記

1 病名 \_\_\_\_\_

2 初診日 令和 年 月 日 ( )

3 受診医療機関名 \_\_\_\_\_

4 出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

連絡事項・注意事項などございましたら、ご記入ねがいます。

校長	教頭	教務主任	学年主任	保健主事	養護教諭