

校長	教頭	教務	保健	担任

## 出席停止措置願

令和 年 月 日

和歌山県立有田中央高等学校長 様

第 学年 番

生徒氏名 .....

保護者 ..... 印

下記証明書のとおり、出席停止措置をとっていただきたく、承認をお願いします。

## 医療機関証明書

令和 年 月 日

上記の者は(病名 )のため  
学校保健法により登校の停止を指示しましたが、すでに治癒したため、登校して  
さしつかえないことを証明します。

但し、出席停止期間は 月 日～ 月 日です。

医療機関名 .....

診察医師名 ..... 印

(証明書は治癒後、診断を受けた医療機関で記入してもらって提出してください。)

----- 以下本校記入欄 -----

出席停止期間

令和 年 月 日 ( ) 限 から

令和 年 月 日 ( ) 限 まで 日間