

出席停止

校長	教頭	教務主任	学年主任	担任	養護教諭	受領年月日
						平成 年 月 日

医療機関受診報告書

※保護者記入欄

茨城県立玉造工業高等学校長 殿

年 組 生徒氏名

(病名：) の疑いのため

(期日：平成 年 月 日) に医療機関を受診したことを報告します。

平成 年 月 日

保護者氏名

印

※病名が確定した場合は、医療機関にて下記の証明を記入していただいでください。

※病名が確定しなかった場合は、医療機関受診時の処方箋または領収書等のコピーを裏面に添付し、学校へ提出してください。添付がない場合は、受診日の出席停止が認められません。

治癒証明書

※医療機関記入欄

(病名：)

(出席停止期間：平成 年 月 日から平成 年 月 日まで)

上記疾病が治癒したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印