

医療機関様

明星学園小学校  
校長 剛力正和  
明星学園中学校  
校長 河住貴夫

学校伝染病による疾病証明書について (依頼)

平素より、学校教育にご理解とご協力いただき厚く感謝申し上げます。  
すでにご承知のことと存じますが、伝染病にかかった場合には学校保健安全法により  
出席停止等の措置を講じております。

つきましては、学校伝染病にかかり貴院で治療を開始する児童生徒の保護者から  
疾病証明書の依頼がありましたら、お手数ながら下記証明書を発行してくださるよう  
お願い申し上げます。

※医師記載

学校伝染病による疾病証明書

学年 組 番 児童生徒氏名

上記の者、下記の病名であることを証明する

記

1、病名 \_\_\_\_\_

2、出席停止開始日 年 月 日から

3、受診医療機関名

年 月 日 印

※保護者記載

学校伝染病による欠席届

年 月 日

明星学園小学校  
中学校 校長様

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

上記のとおり学校伝染病の診断を受けたため下記のとおり欠席しましたのでお届けします。

欠席期間 年 月 日から 年 月 日まで