

担任	学年主任	教務課長	教務主任	教頭	副校長

感染症等による出席停止証明書

福岡県立太宰府高等学校長 宛

____ 年 ____ 組 ____ 番 氏名 _____

出席停止の疾病名（該当する箇所に○印、記入してください）

- ・新型コロナウイルス感染症
- ・インフルエンザ（ ）型
- ・麻疹 水痘 風疹 その他（ ）

出席停止期間

____ 年 ____ 月 ____ 日 ～ ____ 月 ____ 日まで

____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名

医師氏名

または保護者氏名

印

*注意事項

○医療機関の証明がない場合は、患者名、日付、薬剤名、医療機関名等が記入された受診を証明できるもの（診療明細書、調剤説明書等）を添付して担任に提出してください。書類は確認後返却いたします。

○登校につきましては、医師の指示に従ってください。