

令和 年 月 日

保 護 者 様

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

新潟県立西新発田高等学校長  
佐 藤 雄 二

## 出席停止について

学校保健安全法第19条に基づき、医師の許可が出るまで出席停止をいたします。治癒しましたら、主治医から下記の証明書を記入してもらい学校に提出して下さい。なお、出席停止の期間は欠席になります。

### 証 明 書

下記の生徒は、感染症により登校を停止していましたが、治癒しましたので、登校を許可いたします。

生徒氏名 \_\_\_\_\_

感染症名 \_\_\_\_\_

出席停止期間 月 日 ~ 月 日

令和 年 月 日

病院・医院名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

印