

受診当日様式

校 長	教 頭	教務主任	年次主任	保健主事	H R 担任

医療機関受診に関わる出席停止願

令和 年 月 日

都留高等学校長殿

第 学年 組 番 氏名

保護者氏名 印

受診日 年 月 日 ()

感染症拡大防止のために医療機関を受診いたしましたので、医療機関受診の証明とともにお届けいたします。出席停止の扱いについてご配慮お願いいたします。

受診証明のコピーを裏面に貼付すること