

令和 年 月 日

保護者様

学校(園)名 学校法人同心学園 同心幼稚園
学校(園)長名 園長 垣内 敏彦



学校保健安全法第 19 条により下記の通り出席停止を指示します。

記

- 出席停止者 学年 組
氏名
- 出席停止期間 令和 年 月 日から
登校・園してもさしつかえないと証明
されるまで
- 出席停止理由 感染症疾患の疑い

(注) すみやかに医師の診断を受けてください。

治癒証明書

住所 倉敷市

氏名

生年月日 年 月 日

病名

付記

上記の者は 月 日以降は登校・園しても
さしつかえないことを証明します。

令和 年 月 日

住所
医師
氏名



- ※ この治癒証明書は倉敷市連合医師会との申し合わせにより、文書料は 500 円(税別)をお願いいたします。
- ※ 電子カルテの場合は、「治癒証明書」への記入は不要です。
この用紙に、電子カルテで印刷した証明書を添付してください。(倉敷市)