

校長	教頭	教頭	教務	担任

出席停止措置願い

- 医師の証明および保護者の記入をお願いします。
 ○医師の証明に代わる書類の添付の場合は、保護者が(※)部分(病名と出停期間)を記入してください。
 ○事実発生日(発症日)から2週間以内に担任へ提出してください。

【医師記入欄】

生徒氏名 _____

上記の者の診断結果は以下の通りです。

病名(※)	
出席停止期間(※)	令和 年 月 日()~令和 年 月 日()

令和 年 月 日

病院名

医師名

印

【保護者記入欄】

福岡市立福岡女子高等学校長 様

上記の通りですので出席停止措置をお願いします。

令和 年 月 日

 年 組 番 生徒氏名

 保護者氏名(自署)