

医師による証明に代えて取り扱う書類です。保護者の方がご記入ください。

# 出席停止解除届

疾病名 \_\_\_\_\_

発病した日                      年      月      日

医師の指示により  
登校してはいけない期間                      年      月      日 ~                      年      月      日

診断を受けた医療機関名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_

医療機関住所 \_\_\_\_\_

医療機関電話番号 \_\_\_\_\_

北区立十条富士見中学校校長殿

年      月      日

年      組      生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者署名 \_\_\_\_\_