

主治医様

学校法人光星学園
三雲幼稚園 園長

公印
略

御多用中恐れ入りますが、該当欄に証明をお願いいたします。

出席停止期間証明書

() 組 園児氏名 ()

上記の者は(病名)のため学校伝染病規定により、
年 月 日から 年 月 日まで安静加療出席停止の
必要を認めます。

年 月 日

病院名 ()

医師名 () 印

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症連絡用紙

学校法人光星学園

三雲幼稚園 園長 宛

＜受診した医療機関＞ _____ 病院・医院・診療所

＜診断名 と 主な症状＞（あてはまるものを○で囲む）

病名	インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症 （ 陽性 ・ 濃厚接触者 ）
症状	頭痛 ・ 発熱（ ℃） ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ はきけ ・ 嘔吐 せき ・ のどの痛み ・ 関節痛 ・ その他

＜休んだ期間＞ _____ 年 月 日（ ）～ _____ 年 月 日（ ）

上記のとおり連絡します。

_____ 年 月 日

_____ 組 園 児 名

_____ 保護者名 印