

主 治 医 様

学校法人光星学園

認定こども園水戸幼稚園 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

認定こども園水戸幼稚園 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