出席停止についての意見書

梅光学院　　中　学　校
　　高　等　学　校

年　　組

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ のため、平成　　年　　月　　日から

治療を開始いたしました。　　平成　　年　　月　　日から

登校しても集団生活に支障はありません。

平成　　年　　月　　日

医療機関名

医　師　名

※生徒は、学年・組・氏名・住所を記入の上、かかりつけの医師に証明を依頼してください。