

## 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、 年 月 日から

治療を開始いたしました。 年 月 日から

登校しても集団生活に支障はありません。

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。