

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 ()

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
症状	頭痛 ・ 発熱 (°C) ・ 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