御殿場西高等学校

出席停止連絡票

年　　組　　氏名	
出席停止の期間	令和　　年　　月　　日　～　　月　　日
理　　由	

上記疾患により、出席停止の必要を認めます。

令和　　年　　月　　日

医療機関
医　　師　　印

切り離さず、出席を許可された日に提出してください。

出席許可連絡票

年　　組　　氏名

上記の者、全治したので通学してよいことを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関
医　　師　　印