

学級担任印

教務係

欠 席 届（感染症の場合）

令和 年 月 日

舞鶴工業高等専門学校長 殿

本 科 ・ 専 攻 科

学年 _____ 年
学科(クラス)・専攻 _____
学籍番号 _____
氏名 _____

下記理由により欠席しましたので、お届けします。

記

1. 期 間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

2. 疾 病 名 (該当するものに○をしてください。)

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 |
| <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 結核 |
| <input type="checkbox"/> 麻しん | <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | <input type="checkbox"/> 流行性角膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 風しん | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

証 明 書

上記疾病により、令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日の期間
出席停止が妥当であったことを認めます。

令和 年 月 日

住所 _____

医療機関名 _____ (印)

(注1)氏名は、必ず本人が自署してください。

(注2)証明書欄のみ、医療機関で記入願います。

(注3)感染症以外による欠席の場合は、「欠席届」を使用してください。