

校長	副校長	教頭	保健室	担任

出席停止報告書

・診断名

・期間 年 月 日 () ~

年 月 日 () まで

日間 (休日含む)

・病院名

以上報告します

年 月 日

神奈川県立百合丘高等学校

年 組 番

生徒氏名

保護者氏名 印

※この報告書は、出席停止期間終了後、担任へ提出してください。

その際、医療機関発行の領収書のコピー（薬が処方された場合、投薬袋の表部分のコピーでも可）を裏に添付してください。