

感染症による出席停止(公認欠席)届

京都聖カタリナ高等学校
学 校 長 様

出席停止期間	年 月 日 () ~ 月 日 ()
病 名	
氏名・病名・月日が証明できる処方箋、薬袋等を貼付してください。	

生徒氏名	年 組 番 氏 名
保護者氏名	⑩