

年 月 日

東京学芸大学長 殿

医療機関名

医師名

印

(サインの場合は押印不要)

出席停止に係る意見書

1. 患者氏名(学生)

生年月日 年 月 日

2. 出席停止とすべき理由(病名等)

3. 出席停止を要する見込み期間

期間: 年 月 日() ~ 年 月 日() 日間

4. その他(出席停止解除の条件等)

(記載例: 上記期間経過し, 症状が収まった場合。)