

出席停止証明書

主治医 様

熊本学園大学附属高等学校

年 組 号 氏名

学校伝染病に罹患し、学校を欠席したため、罹患証明をお願い致します。

学校伝染病の種類	
出席停止の期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名
