

# 出席停止証明書

主治医様

熊本学園大学付属中学校

年 組 番 氏名

---

学校感染症に罹患し、学校を欠席したため、罹患証明をお願い致します。

学校感染症の種類	
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

---