

出席停止証明書

年 組 号 氏名

保護者氏名 印

学校伝染病に罹患したことを証明します。

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

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名 印