出席停止証明書

左		号 氏名
+	於 且.	万 八名

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	目	から
	令和	年	月	日	まで

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名 印

熊本学園大学付属高等学校・中学校