

学校感染症による出席停止証明書

埼玉平成中学校長 様

_____年 _____組 _____番 氏名 _____

保護者氏名 _____

・感染症名

【 _____ 】

・出席停止期間

_____年 _____月 _____日 ~ _____月 _____日

上記の通り、出席停止期間を証明いたします。

平成 _____年 _____月 _____日

医療機関名

医師名

印

(提出日 _____年 _____月 _____日)