

学校感染症による出席停止証明書

埼玉平成中学・高等学校長様

____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。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

(提出日 年 月 日)