

伝染性疾患出席停止・出校許可証明書

菊里高等学校 _____ 年 _____ 組 _____ 番

氏名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日生

病名 _____

附記 上記疾患により 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日より

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

加療を要す。(出席停止)

尚、上記疾患の治癒したことを証明する。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

機関名

医師

印