

出席停止証明書

愛光中学・高等学校長殿

中・高 年 組 番 氏名 ()

生年月日 平成 年 月 日生

病名： インフルエンザ， 麻疹， 水痘， 流行性耳下腺炎， 風疹
その他()

出席停止期間 自 平成 年 月 日()
至 平成 年 月 日()

今後の学校生活において特に注意をすること： 有 ・ 無
有の場合の注意事項：

上記の通り証明します。

平成 年 月 日

住 所 _____

病院名

醫師名 _____ 印 _____

校 長	教 頭	教 務	担 任

保 健	