

出席停止証明書

愛光中・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, 風しん 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

病院名 _____

医師名 _____ 印

校長	教頭	教務	担任

保健