

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

病院名 _____

医師名 _____ 印

校長	教頭	教務	担任

保健