

学校感染症 出席停止証明書

名古屋市立山田高等学校長 様

年 組 番 氏名 _____

病 名 _____

上記疾患のため、平成 年 月 日より

平成 年 月 日まで

加療を要す（出席停止とする）

上記の通り証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

医師

