

学校感染症出席停止証明書

八女学院中学・高等学校 学校長 殿

年 組 番

生徒氏名

1. 疾患名

2. 出席停止期間

令和 年 月 日 ~ 月 日

上記疾患にて、感染防止及び病気の悪化防止のために出席を停止する必要があったことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名・住所

医師名

印