

# 出席停止証明書

主治医 様

熊本学園大学付属高等学校

年 組 号 氏名

学校伝染病に罹患し、学校を欠席したため、罹患証明をお願い致します。

学校伝染病の種類	
出席停止の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印