

出席停止証明書

年 組 号 氏名

保護者氏名 印

学校伝染病に罹患したことを証明します。

| | |
|----------|----------------------------|
| 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

熊本学園大学附属高等学校・中学校