

# 感染症発生による出席停止についての証明書

明見小学校長 様

年 組 氏名

---

病名

---

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

---

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

---

医師氏名

印

---