

年 組 号 氏名

学校保健安全法に定められている出席停止扱いに該当する疾患に罹患している場合は証明をお願いいたします。

罹患証明書

1 診断名

2 出席停止を要する（要した）期間

平成 年 月 日 曜から

平成 年 月 日 曜まで

3 その他の指示事項

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印