

学校感染症 出席停止証明書

名古屋市立山田高等学校長 様

年 組 番 氏名 _____

病 名 _____

上記疾患のため、令和 年 月 日より

令和 年 月 日まで

加療を要す（出席停止とする）

上記の通り証明いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

医師

㊟

（保護者記載の場合） 保護者名

保護者印

*インフルエンザの場合はインフルエンザとわかるもの（検査結果、薬の説明書など）の提出があれば、保護者の記載でも可。（考査中は除く）