

医療機関記入欄

証 明 書

氏 名 _____ (男 ・ 女)

病 名

休養すべき期間 自 平成 年 月 日 ()

至 平成 年 月 日 ()

その他注意事項

上記の通り証明する。

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名 _____ ④

学校記入欄

学校長	教 頭	教務部長	保健環境部長	養護教諭	担 任

年 組 番 氏名 _____ (男 ・ 女)

出席停止期間 月 日 () ~ 月 日 ()