

医療機関記入欄

# 証 明 書

氏 名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

病 名

休養すべき期間 自 令和 年 月 日 ( )

至 令和 年 月 日 ( )

その他注意事項

上記の通り証明する。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名 \_\_\_\_\_ (印)

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 ( )