

# 出席停止証明書

愛光中学・高等学校長殿

中・高	年	組	番	氏名 ( )
生年月日	平成	年	月	日生
病名 :	インフルエンザ(A型・B型), 水痘, 流行性耳下腺炎, 風しん, 麻しん その他( )			
出席停止期間	自	年	月	日( )
	至	年	月	日( )
今後の学校生活において特に注意をすること: 有 ・ 無 有の場合の注意事項:				

上記の通り証明します。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印

校長	教頭	教務	保健主事	担任