

感染症罹患証明書

光ヶ丘女子高等学校

年 組 番 氏名

平成 年 月 日 生まれ

病 名	
出席停止を 必要とする期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 日間

【附記】

上記のとおり診断いたしました。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印

