

主治医様

学校保健安全法に定められた学校感染症に関する**出席停止証明書**についての証明を、
お願い申し上げます。

兵庫大学附属須磨ノ浦高等学校

出席停止証明書

睦学園 兵庫大学附属須磨ノ浦高等学校

年 組 番 氏名 _____

病 名 _____

____月 ____日から ____月 ____日まで出席停止期間であり、症状が消失し、感染

の恐れがないものと認め、登校を許可する。

年 月 日

医 療 機 関 名

医 師

印