

# 学校感染症証明書

年 組 生徒氏名

保護者氏名

病名

出席停止を指示した期間

病気治療と感染拡大防止のために、次の期間、自宅療養が必要である

年 月 日 ~ 年 月 日

年 月 日

医療機関名

医師名

印