

# 感染症出席停止証明書

愛知県立日進高等学校学校長宛

年 組 番 氏名

病名 \_\_\_\_\_

出席停止期間 年 月 日より  
年 月 日まで

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関名  
医 師 名