

主治医 様

山口県立岩国工業高等学校長

学校感染症の罹患状況について

学校感染症による出席停止措置のため、下記に御記入願います。

記

生徒氏名 (生年月日)	科 年 氏名 (西暦 年 月 日生 (歳)
診断名	
出席停止期間	自 年 月 日 (曜日) 至 年 月 日 (曜日)
上記のとおり、学校感染症に罹患したことを証明します。 (西暦) 年 月 日 医療機関住所 医療機関名 医師名	