

学校感染症による出席停止証明書（完治証明）

年 組 席 名前

上記の生徒は下記疾病のため、 月 日から 月 日まで療養をし、
完治したことを証明します。

風疹	水痘	麻疹	流行性耳下腺炎
インフルエンザ	その他の疾病（ ）		

※ 該当の疾病に○をつけてください。

四日市メリノール学院中学校・高等学校長様

平成 年 月 日

医師名
