

# 感染症発生による出席停止についての証明書

学校長殿

都留市立都留文科大学附属小学校

年 組 氏名

---

病 名 ( )

出席停止期 月 日 ~ 月 日

上記の通り証明する。

平成 年 月 日

医師名 \_\_\_\_\_ 印