

学校伝染病証明書

佐野清澄高等学校長 様

年 組

氏名

---

病 名

出校停止 令和 年 月 日より ( 日間)

出校可能 令和 年 月 日より 登校可

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医師名