

出席停止解除にかかわる証明書

富士宮市立稲子小学校長様

|           |                            |
|-----------|----------------------------|
| 学年、学級及び氏名 | 年組・氏名                      |
| 出席停止の期間   | 令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで |
| 理 由       |                            |

上記の者は上記の疾病にて出席停止となっておりますが、感染の恐れがなくなったことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印