

出席停止解除にかかわる証明書

富士宮市立井之頭中学校長様

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 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