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したが、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