

感染症発生による出席停止についての証明書

学校長殿

都留市立都留第一中学校

____年 組 氏名 _____

病 名 ()

治療期間 _____ 月 日 ~ _____ 月 日

上記の通り証明します。

平成 年 月 日

医師名 _____ 印