

出席停止証明書

学校法人 自由の森学園
中学/高校 年 組

氏名 _____

病名 _____

発病年月日 平成 年 月 日
治療期間 平成 年 月 日 ~ 月 日

上記の者、平成 年 月 日より登校して差し支えないことを証明する。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印

連絡事項・注意事項などがありましたらご記入願います。