

証 明 書

女子学院 中・高 _____ 年 _____ 組

生徒氏名 _____

◎診断名（該当する病名を○で囲んでください）

1) 流行性耳下腺炎

2) 流行性角結膜炎

3) 麻疹

4) 風疹

5) 水痘

6) その他（ _____ ）

◎出席停止期間 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日

上記のとおり証明いたします。

20 年 月 日

医療機関名

医師サイン