

出席停止解除証明書

宜真高等学校長殿

宜真高等学校

()年()組()番 名前

病名	
----	--

上記の病症で 年 月 日から 年 月 日までの 日間、
療養中であったが、主要症状が消退し、もはや伝染のおそれがないものと認める。

年 月 日

医療機関名

所在地

電話

主治医名・印