

# 出席停止証明書

愛媛県立新居浜工業高等学校長 様

第 学年 科 番 氏名

住所

病名

上記の疾患は学校感染症（疑）のため

月 日から

月 日まで 日間登校を停止し、静養を必要と認めます。

平成 年 月 日

病院名

医師名 印