

# 学校伝染病による出席停止証明書

クラス \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

標記の生徒は下記のため、 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで出席停止  
を要するものと認めます。

麻疹	水痘	流行性耳下腺炎
風疹	インフルエンザ	
その他の病名 ( _____ )		

※該当病名に○印をお願いします。

北海道情報専門学校長 様

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医師氏名 \_\_\_\_\_