

証明書 (学校感染症)

令和 年 月 日

愛媛県立川之江高等学校長 様

医療機関名

主治医

印

1 学年 第 学年 組 番

2 氏名

3 病名

4 出席停止の期間

令和 年 月 日 から

令和 年 月 日 まで

5 今後学校での生活規制