

年 月 日

主治医殿

名古屋国際中学校・高等学校
校長 小林 格

下記生徒につき、学校感染症の場合には出席停止の扱いとなりますので、ご証明をお願いいたします。

第 学年 組

氏名

1. 病名

2. 出席停止を必要とする期間 年 月 日より
月 日まで

3. 備考

年 月 日

医師名

㊟