金城学院中学校 高等学校

証　明　書

（中学・高校）　____年　____組　____番　名前_____

上記の生徒は学校感染症に罹患し加療を要したことを証明する。

１．　病名　　新型コロナウイルス感染症

２．　出席停止期間　　年　　月　　日（　　）　～　　年　　月　　日（　　）

※見込み期間で構いません

年　　月　　日

医療機関名

医師名　　印

❖学校使用欄

記入者名	出席停止期間	日数