

感染症発症証明書または治癒証明書

カトリック光丘幼稚園

学年・組 _____

氏名 _____

病名 _____

_____年 月 日 診察の結果、

上記の病名の、感染症を認めます。

出席停止期間

_____年 月 日から _____年 月 日までの _____日間

_____年 月 日

主治医住所

氏名

印