

# 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 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日までの \_\_\_\_日間

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

主治医住所

氏名

印