

中京大学附属中京高等学校長殿

感染症罹患証明書

氏 名

年 月 日 生

病 名

出席停止期間 月 日 ~ 月 日

上記の通り診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関所在地及び名称

氏名 _____ 印