

中京大学附属中京高等学校 学校長 殿

## 感染症罹患証明書

生徒氏名

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。

年 月 日

医療機関所在地及び名称

医師氏名

印