

## 出席停止証明書

\_\_\_\_年\_\_組 氏名\_\_\_\_\_

1. 発症日 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日( )

2. 受診日 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日( )

3. 診断名 インフルエンザ A 型 ・ インフルエンザ B 型 ・ 新型コロナウイルス  
(該当する項目に○印をつけてください)

その他( \_\_\_\_\_ )

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

病院名  
医師氏名\_\_\_\_\_