大岡学園高等専修学校 学校長 様

出席停止証明書

1. 発症日　令和　　年　　月　　日（　　）

2. 受診日　令和　　年　　月　　日（　　）

医療機関名（　　）

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

（該当する項目に〇印をつけてください）

その他（　　）

※インフルエンザ･･･発症した翌日から5日間を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで

※新型コロナウイルス感染症･･･発症した翌日から5日間を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過するまで

令和　　年　　月　　日

年　　組　　番　氏名

保護者氏名（自署）