

出席停止解除証明書

伊丹市立松崎中学校

年 組 氏名

*病 名

上記の病歴で、平成 年 月 日から療養中であったが、
主要症状が消退し、もはや伝染のおそれがないものと認め、
平成 年 月 日より出席停止を解除します。

平成 年 月 日

住所

主治医名

印