

主治医様

学校保健安全法により、出席停止扱いを受けたいので、下記に証明いただきますようお願い  
します。

## 罹患証明書

ルーテル学院中学・高等学校

1. 氏名 ( J ・ S 年 組)

2. 診断名

3. 診断日 年 月 日

4. 出席停止を必要とする期間

月 日 ~ 月 日  
( 日間 )

5. 注意事項

上記の通り証明いたします。

年 月 日

医療機関名

医 師 名

印