

医 証

<感染症による出席停止証明書>

患 者 名 _____

上記の者、(病名) _____ により、

令和____年____月____日____曜日 ~ 令和____年____月____日____曜日

の期間、「感染症の予防及び伝染病の患者に対する医療に関する法律」により、
学校保健安全法第19条で定める『出席停止』に該当することを証明します。

令和 年 月 日

病 院 名 _____

担当医名 _____ 印 _____

※ 上記の医証の記入は任意です。