

学校感染症報告書

愛知自動車整備専門学校
校長 河合 良治 様

高等課程・専門課程 _____年 _____番

生徒・学生 氏 名 _____

保 護 者 氏 名 _____

住 所 _____

電 話 番 号 (_____) _____

上記の生徒・学生は、平成_____年_____月_____日より、

学校感染症『_____』と認められるので、

平成_____年_____月_____日まで、出席停止とすることを証明いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名

所在地

電話番号

医師名 _____ 印

追伸

大変お手数をお掛け致しますが、証明の程よろしくお願い申し上げます。

担任

印