**学校感染症罹患証明書（新型コロナウイルス）**

様式１

　　　　組　　　　名前

病名：

出席停止期間：

　年　　　月　　　日　　から　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印