出席停止解除証明書

伊丹市立　北中　学校・幼稚園

年　組

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病名＜　　＞

上記のため平成　年　月　日から

療養中であったが、主要症状が消退し、

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