

出席停止解除証明書

伊丹市立伊丹特別支援学校

部 年

氏 名 ()

病名

上記の病歴で、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

主治医名

印