出席停止解除証明書

兵庫県立宝塚高等学校

＿＿＿年＿＿＿組　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の症状で、平成　　年　　月　　日から療養中であったが、主要症状が消退し、もはや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

医療機関

医　　師　　印