

インフルエンザ証明書

山梨県立都留興譲館高等学校

氏 名

傷病名

入院及び在宅療養期間

月 日 ～ 月 日 まで 出席を停止します。

上記のことを証明します。

平成 年 月 日

所在地

医院名

医師名

印