出席停止解除証明書

伊丹市立南幼稚園

＿＿＿＿＿＿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

住所

主治医　　印