

滋賀県立北大津高等学校用

感染症罹患証明書

氏名

(生年月日 年 月 日生)

<病名> 該当するものに、○をお願いします。

- ()インフルエンザ []型
()百日咳
()麻疹
()流行性耳下腺炎
()風疹
()水痘
()咽頭結膜炎
()結核
()その他 <病名 >

<出席停止を必要とする期間>

自 年 月 日
至 年 月 日

<その他注意事項等>

上記のとおり証明する。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

主治医様

これは、学校感染症による出席停止の証明用として使用するものです。
ご多忙中誠に恐縮に存じますが、書類の作成方、よろしく願いいたします。