

主治医様

学校感染症による出席停止の期間について、お手数ですが証明をお願いいたします。

# 学校感染症証明書

和歌山県立 高等学校

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

出席停止期間 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

特 記 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より登校可能と認めます。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名 \_\_\_\_\_ ⑩

※学校感染症と診断された場合、主治医に記入いただき、担任へ提出してください。