

主治医様

和歌山県立伊都中央高等学校

学校感染症証明書について

学校保健安全法第19条の規定により、学校感染症に罹患している場合は、医師の許可が出るまで措置をとることになっています。病名（出席停止理由）及び出席停止期間をご記入くださいますようお願いいたします。

なお、下線については切り取らずに提出してください。

学校感染症証明書

和歌山県立伊都中央高等学校長様

年 組 番 氏名

病名 (出席停止理由)	
出席停止期間	年 月 日 から 年 月 日 まで

年 月 日

医療機関名

医師氏名

印