

学 校 感 染 症 罹 患 証 明 書

学 校 名	遊 学 館 高 等 学 校
学年・組・番号・年齢	学年 組 番 年齢 歳
氏 名	
住 所	
<u>病 名</u>	
上記の学校感染症により 月 日より約 日間の 休養を（要する・要した）ことを証明する。	
令和 年 月 日	
医療機関名	
住 所	
電 話 番 号	
医 師 名 印	

以下の欄は、記入しないでください。

校 長	副校長	教 頭	教 頭	養 護	担 任