

罹 患 証 明 書

平成 年 月 日

滋賀県立虎姫高等学校長 様

医療機関名

医 師 名 _____ 印

下記のとおり証明します。

記

1 生徒 _____ 年 _____ 組 _____ 番 _____ 氏名

2 病名

インフルエンザ () 型 百日咳 麻しん 流行性耳下腺炎

風疹 水痘 咽頭結膜熱 結核 髄膜炎菌性髄膜炎

その他 ()

3 感染のおそれがある期間

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

学校記入欄

校長	教頭	合 議		教務	学年主任	担任
		保健主事	養護教諭			

最終保健室保管