

罹 患 証 明 書

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 対象生徒 _____ 年 組 番 氏名

2 病名

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

_____ 年 月 日 から _____ 年 月 日 まで

回議 (最終教務課保管)

校長	教頭	教務	保健主事	養護教諭	学年主任	担任