

主治医殿

下記の生徒より、学校保健安全法第19条に規定されている学校感染症に罹患しているとの届出がありました。

つきましては、治療後、病名・出席停止期間の記入をよろしくお願い致します。

証明書

岡山県立和気閑谷高等学校 年 組 番

氏名

生年月日 平成 年 月 日生

病 名

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記疾病の治癒したことを証明いたします。

付記

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印