

主 治 医 様

和歌山県立那賀高等学校

学校感染症の証明書（学校保健安全法第 1 9 条による）

学校感染症名および出席停止期間について、ご面倒ながら、下記にご記入をお願いいたします。

学 校 感 染 症 の 証 明 書

年 組 番 氏 名 _____

学校感染症名	
出席停止期間	年 月 日から 年 月 日まで
特 記 事 項	

令和 年 月 日

医療機関名

所 在 地

医 師 名 _____