

学校感染症証明書

和歌山県立向陽高等学校

年 組 番 氏名

医療機関受診日 令和 年 月 日

病 名 :

上記の生徒は診断の結果、学校保健安全法に基づく学校感染症のため

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで

病気療養をしたことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名 _____ (印)