

学校感染症証明書

和歌山県立向陽高等学校長 様

年	組	番	氏名
---	---	---	----

・初診 令和（ ）年（ ）月（ ）日

病名：

上記の生徒は診断の結果、上記学校感染症のため
令和（ ）年（ ）月（ ）日～令和（ ）年（ ）月（ ）日
まで

自宅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)