

疾患証明書

本人記載欄

学校種別 中学校 ・ 高等学校

学年・組 _____ 年 _____ 組 _____ 番

生徒氏名 _____

以下は医療機関（医師）に記入してもらう欄です

上記の生徒は

- ・インフルエンザ（_____）型
- ・感染性嘔吐下痢症
- ・流行性角結膜炎（ 右 ・ 左 ）
- ・その他

により _____ 月 _____ 日より _____ 月 _____ 日まで加療を要する。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名及び所在地

医師名

印

※医療機関（医師）の方へ

医療機関（医師）記載欄に必要事項を記入の上、当該生徒にお渡してください。