

証 明 書

滋賀県立彦根翔陽高等学校長 様

学年・組 第_____学年_____組

名前_____

[病 名]

インフルエンザ	百 日 咳	麻 疹
流行性耳下腺炎	風 疹	水 痘
咽 頭 結 膜 熱	結 核	髄膜炎菌性髄膜炎
その他の伝染病 ()

[出席停止を必要とする期間]

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師氏名_____

印