

主治医 様

兵庫県立小野高等学校長

学校感染症の証明について（依頼）

このことについて、下記の証明書を作成して頂きますようお願いいたします。

兵庫県立小野高等学校長 様

学 校 感 染 症 証 明 書

氏名 _____

(平成 年 月 日生)

病名 _____

上記の者は、

平成 年 月 日 () より平成 年 月 日 () まで

学校への出席を停止する必要を認めます。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印