

校長	教頭	教務	保健主事	養護教諭	学年主任	担任

主治医様

令和 年 月 日

滋賀県立甲西高等学校長

罹患証明依頼書

証 明 書

_____年 _____組 _____番 生徒名 _____

標記の者は、下記の理由により受診しましたので、そのことを証明します。

学校感染症 第二種	1. インフルエンザ 3. 麻疹 5. 風疹 7. 咽頭結膜熱及び結核	2. 百日咳 4. 流行性耳下腺炎 6. 水痘
学校感染症 第三種	1. コレラ 3. 腸管出血性大腸菌感染症 5. パラチフス 7. 急性出血性結膜炎 8. その他の感染症 ()	2. 細菌性赤痢 4. 腸チフス 6. 流行性角結膜炎
その他の傷病		

そのため、_____月 _____日から _____月 _____日まで（出席停止・休養）の必要を認めます。

↑○で囲んでください

滋賀県立甲西高等学校長 様

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名