

学校感染症等証明書

滋賀県立能登川高等学校長 様

年次 組 番

生徒氏名

保護者氏名

治療を要する期間

自 平成 年 月 日

至 平成 年 月 日

病名 (○で囲んでください。)

インフルエンザ 百日咳 麻疹 水痘

流行性耳下腺炎 咽頭結膜熱 風疹 結核

その他 ()

平成 年 月 日

住所

医療機関名・医師氏名

印