

証 明 書

近江高等学校長 様

_____ 学年 _____ 組

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

出席停止を必要とする期間

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

～ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名 (○で囲んでください)

インフルエンザ (_____ 型) 百日咳 麻疹 流行性耳下腺炎

風しん 水痘 (水ぼうそう) 結核

腸管出血性大腸菌感染症 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎

その他 (_____)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

医師氏名 _____ 印 _____