

# 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

令和 年 月 日 から

令和 年 月 日 まで

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

風疹 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 新型コロナウイルス感染症

その他 ( )

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_  
住 所

\_\_\_\_\_  
医師氏名

Ⓜ