

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

～ 令和 ____ 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 (はしか)

流行性耳下腺炎 風 疹 水 痘 (水ぼうそう)

咽頭結膜熱 結 核 髄膜炎菌性髄膜炎

その他の伝染病 (_____)

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名

医師氏名 _____ 印