

学校伝染病罹患証明書

() 年() 組

生徒氏名 ()

1. 学校伝染病名

1. 罹患期間

平成 年 月 日～ 月 日

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

病 院 名

病院住所

医師氏名

印