

医療機関各位

学校において予防すべき感染症と診断された場合は、下記に証明をお願いします。

学校感染症罹患証明書

京都府立北稜高等学校

氏名	
病名	
欠席が必要とされる期間	令和 年 月 日 (曜) から 令和 年 月 日 (曜) まで

上記の生徒が学校において予防すべき感染症に罹患したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印

* 学校感染症に罹患した場合にこの「感染症罹患証明書」に医師の証明を受けてください。