

# 学校感染症罹患証明書

氏 名 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

罹患期間 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ～ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

年 月 日

医療機関名

医 師 名 \_\_\_\_\_