

主治医 様

御高診の結果を記載いただきますよう、お願いいたします。

〈様式3〉

学校感染症罹患証明書

年 組 番 氏 名

病 名

初診日 令和 年 月 日 () 曜日

自宅安静加療必要期間

令和 年 月 日 () 曜日より

令和 年 月 日 () 曜日 まで

学校への登校可能日

令和 年 月 日 () 曜日 から

以上のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印